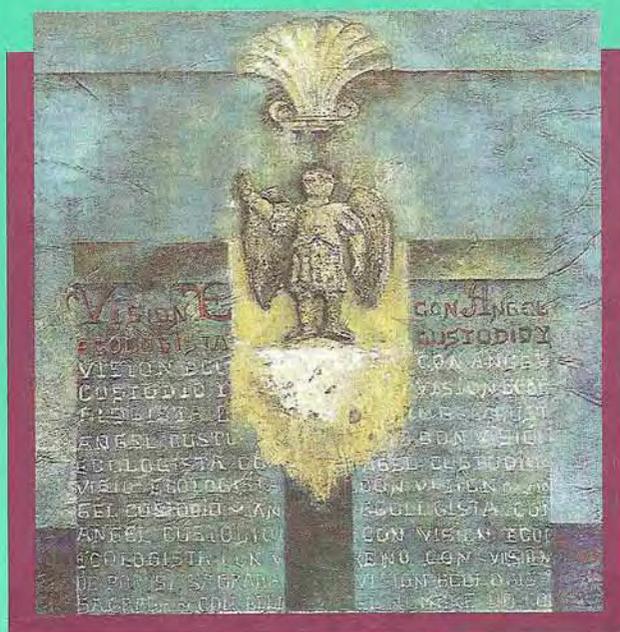


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

36



REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

*Corrigan / Dion / Frezza / Gabay
Gélinas / Lecomte / Lesage / Morissette
Robitaille / Rodriguez del Barrio / Vidon*

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

Volumen X – N° 36 Junio – Julio – Agosto 1999

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremblit (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. Stepansky (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 'Isbal. **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.

Las ilustraciones del Dossier surgen del catálogo de la Exposición "Emile Antoine Bourdelle en el Museo Nacional de Bellas Artes", Bs. As., 1998.

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° 36, JUNIO - JULIO - AGOSTO 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.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette
Celedonio Carrizo

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° 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, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: polemos@sminter.com.ar

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **La depresión de origen vascular**, R. López Gastón pág. 85
- **Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión**, R. Zukerfeld pág. 91

DOSSIER

REHABILITACION Y REINSENCION SOCIAL EN SALUD MENTAL

PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

- **Introducción**, P. Gabay pág. 101
- **Enfermedad y discriminación: enfrentando los dos causas de la discapacidad psiquiátrica**, P. Corrigan pág. 105
- **Recursos residenciales protegidos en Quebec**, D. Robitaille et al. pág. 111
- **La evolución de las políticas de desinstitutionalización en Quebec**, I. Leconte pág. 121
- **Salud mental y rehabilitación: la dinámica de diversificación y homogeneización de organizaciones, discursos y prácticas**, L. Rodríguez del Barrio pág. 127
- **La rehabilitación psicosocial en psiquiatría entrevista a G. Vidón**, por D. Wintrebert pág. 133
- **Una propuesta en Noruega**, J. O. Johannessen pág. 136
- **Una aproximación a la evaluación aplicada al sector de Salud Mental**, A. Schweiger pág. 137

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Teoría de los temperamentos**, E. Kretschmer pág. 143

CONFRONTACIONES

- **Cuatro años de experiencia en formación continua en Salud Mental para médicos generales**, H. D'Alessandro et al pág. 151

LECTURAS Y SEÑALES

- **"Lecturas"** pág. 155
- **"Señales"** pág. 156

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

H

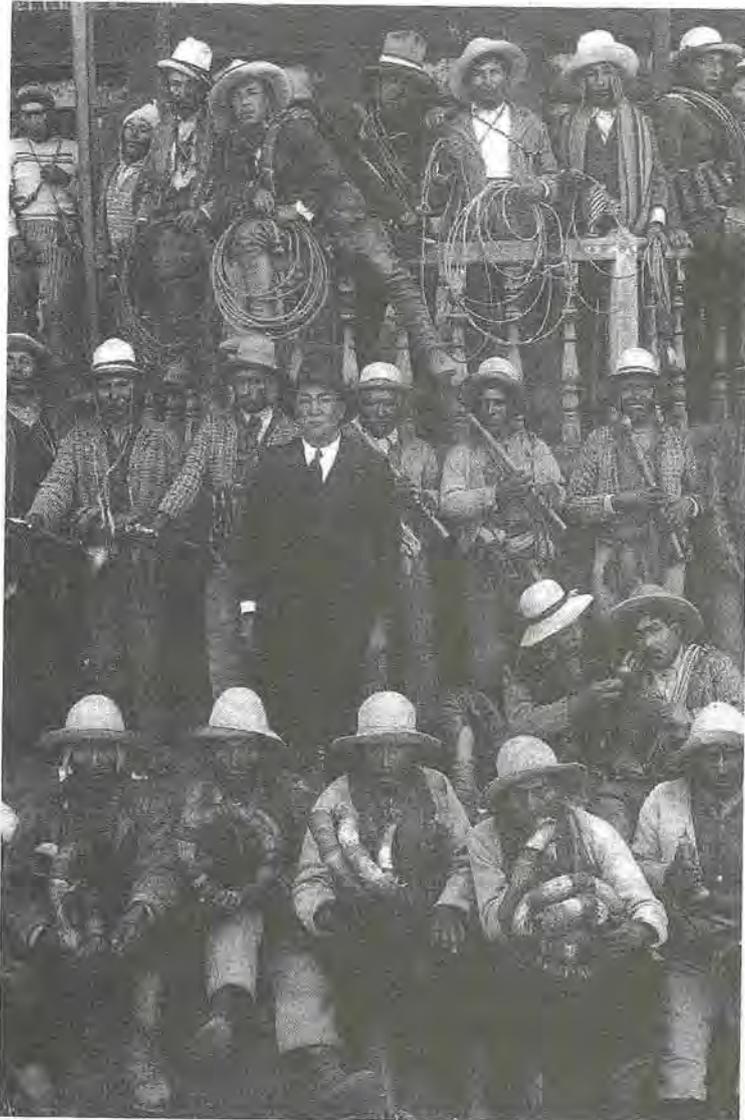
ijos que matan de un balazo equivocado a sus padres. Malhechores que descerrajan un disparo en el rostro de una mujer arrodillada implorándoles piedad. Policías y ladrones liados en plena calle en una batalla campal de la que una bala perdida impacta en la cabeza de una niña. Siete muertos en tiroteos ocurridos en un día. Un millón de armas de grueso calibre en manos de civiles (¿es mejor que estén en manos de militares a los que "se les vuela" un polvorín destruyendo media ciudad en Río Tercero?). La violencia que una y otra vez ha mostrado su rostro feroz en nuestro país parece venir, una vez más, a aislarnos en la soledad y el miedo. A la impotencia de la mayoría se agrega el pedido de algunos para que una providencial "mano dura" nos salve de ella. Vana ilusión. La escena se juega con fondo de corrupción, narcotráfico, impunidad e injusticia social.

La violencia no es solo un concepto sino, más bien, un signo de los tiempos. Un tiempo que no es solo nuestro, a juzgar por el horror de la guerra que multiplican las pantallas de nuestros televisores hasta la náusea.

Malestar en la civilización que nos interpela a nosotros, médicos (subrayar médicos) psiquiatras. Tenemos palabras y teorías para entrar en la consideración de estos fenómenos: estrés post-traumático, angustia, drogadependencia, impulsividad, agresividad, psicopatía, sociopatía, pánico... Quizás toda nuestra especialidad deba orientarse a la psiquiatría de catástrofes. Pero, ¡guay! con los reduccionismos y la medicalización de un problema que trasciende nuestro saber; aunque sea pertinente que se nos convoque para limitar sus consecuencias sobre las víctimas. Allí debemos hacer algo, y podemos; apelando al sujeto que somos y al que se nos acerca para demandarlo. Pero no simplemente para calmarlo, sino, para intentar encontrar juntos la significación que el evento traumático tiene para él en una invitación a realizar esa tarea que Jorge Semprún supo colocar como imperativo ético: "Es necesario fabricar vida con toda esa muerte" ■

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.

La depresión de origen vascular

Romina López Gastón

Médica Residente en Psiquiatría. Hosp. General de Agudos
"Dr. Teodoro Alvarez", Aranguren 2701, Buenos Aires

I) Introducción

Hipótesis vascular de la depresión de inicio tardío

Los avances en la investigación psiquiátrica, neuropsicofarmacológica y de neuroimágenes, han favorecido la articulación de conceptos como "funcional" y "orgánico". El vínculo entre ellos está dado por las "alteraciones moleculares", estrechando la relación entre la psiquiatría y la neurología, con el cerebro como denominador común de ambas.

Los trastornos del estado de ánimo constituyen una complica-

ción frecuente y potencialmente seria del daño cerebral (27). Las investigaciones en depresión de comienzo tardío han mostrado un avance conceptual en la identificación de grupos más homogéneos de pacientes geriátricos depresivos, como por ejemplo aquellos cuya depresión aparece en el contexto de una patología vascular (4).

Alexopoulos y colaboradores (4) proponen que la patología cerebrovascular predispone, precipita o puede perpetuar, un síndrome depresivo en muchos pacientes ancianos. Esta afirmación se sustenta (31) en la comorbilidad de:

depresión de inicio tardío, enfermedad vascular y lesiones isquémicas del cerebro.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente internado en la sala de Psicopatología de un Hospital General con diagnóstico de Depresión Psicótica. Se plantea la hipótesis sobre la etiopatogenia de la patología psiquiátrica, tomando al síntoma como emergente de un proceso cerebral.

II) Caso clínico

Motivo de consulta

Paciente de 57 años que ingresa a la sala de internación con

Resumen

En este trabajo se presenta el caso de un paciente internado en la sala de Psicopatología de un Hospital General con diagnóstico de Depresión Psicótica. Luego de una descripción de su presentación clínica en el momento de la hospitalización y de su evolución y respuesta al tratamiento se plantea la hipótesis sobre la etiopatogenia de la patología psiquiátrica que presenta tomando al síntoma como emergente de un proceso cerebral. A propósito del caso discutido se hace una revisión de la literatura sobre el tema.

Palabras clave: Depresión y enfermedad cerebrovascular - Enfermedad vascular cerebral - Depresión en tercera edad

VASCULAR ORIGIN DEPRESSION

Summary

In this work a case of a patient hospitalized in the Psychopathology section of a General Hospital with diagnosis of Psychotic Depression is presented. After a description of their clinical presentation at the moment of the hospitalization and of their evolution and response to the treatment a hypothesis on the etiopathogeny of the psychiatric pathology that he presents is stated, taking the symptom like emergent of a cerebral process. On purpose of the discussed case a revision of the literature is made on the subject.

Key Words: Depression and vascular brain disease - Stroke - Depression in elderly

diagnóstico de delirio paranoide con ideas suicidas. Cuadro clínico de ingreso: vigil, globalmente orientado, hiperproséxico, alerta, expectante, hipertimia displacentera. Pensamiento de curso conservado con contenido de ideas delirantes de tipo paranoide que condicionaban su conducta. Juicio desviado. Hipobulia. Adinamia. Anorexia. Insomnio global de varios días de duración.

Antecedentes de la enfermedad actual

1993: Luego de ser despedido de su trabajo, al cabo de 36 años de servicio, comenzó con síntomas depresivos.

Octubre de 1996: Muere su madre que padecía demencia vascular. Presentó ideación delirante de tipo hipocondríaca. En esta época y con carácter progresivo comenzó con retracción social, descuido personal, crisis de llanto, anorexia, pérdida de peso (23 kg en tres meses), tendencia a permanecer en la cama, inhibición psicomotriz, irritabilidad, ideas de ruina y desesperanza. Consultó con varios psiquiatras pero abandonó los tratamientos.

Enero de 1997: Se sumó al cuadro una ideación delirante paranoide que condicionaba su conducta. Se incrementó su encierro y realizó dos intentos de auto y heteroagresión de carácter altruista.

Hospitalización

Evolución: paciente de difícil manejo, con múltiples reacciones adversas a la medicación instaurada. Experimenta mejoría del cuadro depresivo y crítica de la ideación delirante con dosis de Desipramina 195 mg/d y Olanzapina 5 mg/d. Alta hospitalaria. Batería Neurocognitiva: Minimental 27/30, Mayeux 57/60, Memoria episódica 10/12, Boston 55/60; fluencia semántica 12, fluencia verbal 11, WCST 19 errores perseverativos con 74 correctas, categorías 2. Otros controles: el ECG muestra ligera hipertrofia ventricular izquierda y es medicado con amlodipina 5 mg/d y dieta hiposódica. EEG: normal. Pruebas tiroideas normales. La angiorresonancia efectuada en junio de 1997 muestra: megatronco basilar.

Diciembre de 1997: en Mar del Plata sufre un ACV hemorrágico

con hemiparesia fascio-braquicrural izquierda e hipoestesia en pie homolateral. TAC: imagen compatible con hematoma agudo a nivel gangliobasal derecho.

Febrero de 1998: presenta Trastorno depresivo mayor con ideación delirante paranoide. TAC control: leve aumento de tamaño de los ventrículos laterales y III ventrículo por retracción parenquimatosa central. Imagen hipodensa en claustró derecho (secuela de infarto hemorrágico). SPECT: hipoflujo temporal derecho (anterobasal y lateral), hipoflujo frontal dorsal inferior bilateral con predominio derecho e hipoflujo en tálamo derecho.

Tratamiento ambulatorio: Venlafaxina 300 mg/d, posteriormente se cambió a Mianserina y Amoxapina 300 mg/d, combinadas con ansiolíticos e hipnótico. Si bien tuvo respuesta positiva al comienzo, se produjo posteriormente una recaída. El paciente presentó descontrol de su tensión arterial desde el alta de la internación.

Setiembre de 1998: el paciente presenta: hipomimia, reducción del parpadeo, apatía, pero permanece vigil, globalmente orientado y euproséxico. Discurso monótono. Enlentecimiento psicomotor y persistencia del síndrome depresivo, al examen físico se demuestra signo de rueda dentada, bloqueo, reflejo glabellar inagotable y maseeterino vivo. RMN: leves signos involutivos parenquimatosos en forma difusa a predominio central expresados por una moderada dilatación del sistema ventricular supratentorial. Secuela de evento hemorrágico. Imágenes puntiformes en ambos centros semioviales, compatibles con lesiones isquémicas secuenciales.

Tratamientos previos

Efectos secundarios con psicofármacos administrados:

- Retención urinaria aguda por hipertrofia prostática benigna desencadenado por Clomipramina 75 mg/d.
- Reacción paradójica con Clonazepam
- Parkinsonismo severo con Bromperidol (5-25 mg/d)
- Episodios confusionales con Clozapina (15-100 mg/d)
- Acatisia severa por Sertralina (25-100 mg/d)

- Exacerbación de la hipersomnia con Olanzapina (5-10 mg/d)

III) Discusión

Depresión de inicio tardío

La depresión es una patología frecuente en psiquiatría; la prevalencia en ancianos es del 14.7% - 44% según la autoescala de Zung del 0.1 al 3.7% por el DSM III (12).

El concepto de tardío ha sido materia de controversia, habiéndose tomado como punto de corte los 50 años. Estudios genéticos han mostrado que el efecto familiar decrece y los cambios estructurales son más frecuentes cuando el comienzo se da en este grupo etario.

Se ha referido que los pacientes no melancólicos, no recurrentes y con depresión de comienzo tardío y refractaria tienen "organicidad", mientras que lo endógeno, recurrente, de comienzo temprano y adecuada respuesta al tratamiento tienen alteración "funcional" (28). En el primer grupo se han encontrado las siguientes características (4,7,17,18,31,36):

- Anormalidades neuropsicológicas y neurorradiológicas
- Mayor incapacidad funcional
- Mayor morbimortalidad clínica
- Menor prevalencia familiar de trastornos del estado de ánimo respecto de pacientes con comienzo temprano del trastorno depresivo (4,15,17,18,36)
- Los factores genéticos en estos pacientes se relacionarían con el riesgo de patología vascular (18).

Relación con la enfermedad vascular

La hipótesis de depresión vascular ha sido sustentada por (1,18):

- La alta tasa de depresión en pacientes que han padecido stroke (19,21,27). La prevalencia clínica es del 20-50% en pacientes hospitalizados en la etapa aguda (2-4 semanas) y subaguda (1-3 meses) (19,26,27). Otro 30% puede desarrollarlo en algún momento en el período de seis meses a dos años luego del stroke (25,26,27).
- La alta prevalencia de pacientes depresivos con hipertensión, diabetes, enfermedad co-

ronaria y demencia vascular (4,13,31).

- La prevalencia de depresión en demencia vascular es del 60% (6,29,31).
- La frecuencia de stroke silentes -hiperintensidades en la sustancia blanca- en pacientes con depresión de inicio tardío.
- La ausencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo en la familia (1,4,13,15,31).
- La alta frecuencia de patología cerebrovascular en pacientes ancianos con depresión (4,1). En un estudio argentino la comorbilidad entre depresión geriátrica y enfermedad cerebrovascular fue del 38% (25).
- Existe evidencia de que la depresión es más frecuente en pacientes hipertensos. Si bien se cita una prevalencia de trastorno depresivo del 30% en estos pacientes (23). Lesiones cerebrovasculares silentes de la RMN (frecuencia y severidad) se correlacionaron con valores diurnos de TA. Las lesiones en RMN estudiadas fueron focos hipointensos lacunares y lesiones periventriculares hiperintensas en T1 y T2.
- La estenosis carotídea constituye un factor de riesgo clínicamente significativo cuando se estudian los efectos de la enfermedad cerebrovascular isquémica crónica sobre el estado de ánimo (24). Datos sugieren que la depresión que acompaña la aterosclerosis carotídea no difiere en forma significativa de aquellas que acompañan el stroke (24). El comienzo de la depresión en el 50% de los pacientes con lesiones oclusivas ocurren a lo largo de un año luego de su primer TIA (30): esto sugiere que la isquemia del territorio carotídeo conferiría vulnerabilidad para el desarrollo de depresión (2). El sistema carotídeo supe las estructuras prefrontales-basales, de tal modo que la relación entre la estenosis carotídea, la disfunción prefrontal y el curso de la depresión abriría un abanico para la investigación de los mecanismos de depresión vascular (2). Los hallazgos preliminares de alta prevalencia de depresión que acompaña la estenosis carotídea, cuyo comienzo es

posterior al TIA, apuntaría a la "depresión post-TIA" como forma frustra de depresión vascular (2).

- Con criterios estrictos de diagnóstico en la población estudiada la prevalencia de depresión en pacientes con patología coronaria es del 18% (5). El estado de ánimo disfórico y el stress psicológico asociado a patología coronaria y IAM podría mejorar en un período de tiempo relativamente limitado con o sin tratamiento. Sin embargo, la depresión no tratada tendría más recurrencia (5), por lo cual tendría implicancias pronósticas (5). La depresión en pacientes hospitalizados luego de un IAM, es un predictor significativo de mortalidad en los 18 meses post IAM (11,22). Los datos también indican que el impacto de pronóstico de la depresión post IAM se halla relacionada con la alteración en la función ventricular y se asocian a mayor riesgo de arritmias. Estos hallazgos coinciden con los modelos animales que apuntan a factores proarrítmicos como vínculo entre factores psicológicos y muerte súbita (11); sugiriendo que la depresión se vincularía con efectos sobre el sistema simpático-parasimpático, siendo la depresión proarrítmogénica en pacientes con ventrículo vulnerable (11,22). Los datos indican que la sintomatología depresiva tendría que incluirse en el centro de factores de riesgo potencialmente modificables post IAM (11).

Lesiones anatómicas que han sido consideradas:

Las lesiones han sido identificadas a través de las imágenes de TAC, RMN o SPECT.

- El tipo de cambios neuropatológicos dependería de la edad de comienzo del cuadro depresivo. Por ejemplo el ensanchamiento ventricular (16,28) y cambios arteroescleróticos e isquémicos han sido descriptos en pacientes con depresión luego de los 60 años; cambios volumétricos en el tamaño del lóbulo frontal, caudado y putamen son aparentes en pacien-

tes con aparición más temprana de la patología (7,36).

- Stroke silentes: se ha referido una incidencia del 83% de infarto silente en depresivos mayores de 65 años; entre los que por primera vez tuvieron depresión luego de los 65 años el hallazgo de infarto silente fue del 94% (31).
- Lesiones corticales (polo frontal) o subcorticales (involucran los ganglios de la base). Para ambas lesiones corticales y subcorticales del hemisferio izquierdo, cuanto más cerca está la lesión del polo frontal, mayor será la severidad del cuadro depresivo (21,25,26). Cuando la depresión se combina con cuadros de ansiedad, las lesiones suelen ser exclusivamente corticales, mientras que la depresión sin ansiedad se asocia más frecuentemente con strokes que involucran los ganglios basales izquierdos (27).
- Atrofia Subcortical: parece también jugar un rol importante en la determinación del desarrollo de depresión en los pacientes (27).

Coffey y colaboradores (12) compararon RMN de pacientes con depresión mayores de 60 años con un grupo control. Reportaron:

- Hiperintensidades más severas o moderadas a nivel periventricular en el 57% de los pacientes.
- 40% lesiones en tálamo y ganglios de la base.
- Lesiones en sustancia blanca profunda moderadas o severas en el 46% de los pacientes con depresión mayor, encontrando que estas tasas son mayores que en la población de control.
- Hemisferio comprometido: Izquierdo: lesiones del hemisferio izquierdo (prefrontal o ganglio basal) presentan una mayor frecuencia de trastornos depresivos (75%) respecto de otras lesiones en dicho hemisferio (8%) o de lesiones del hemisferio derecho (29%) (20,21,27). Derecho: la patogénesis de la depresión poststroke en lesiones derechas ha sido más oscura. Ciertos hallazgos sugieren que la depresión es más frecuente cuando se halla

involucrado el lóbulo parietal derecho (27), la severidad de la depresión no suele relacionarse con el tamaño de la lesión y existe la posibilidad de que aminas biogénicas deplecionen en menor cuantía lesiones allí localizadas, tal vez por hallarse en dirección caudal al núcleo biogénico (27). En este hemisferio aparece un patrón inverso: pacientes con lesiones derechas posteriores se deprimen más que pacientes con lesiones anteriores que presentan más apatía o inhabilidad para expresar las emociones. Cuanto más posterior es la lesión hay falta de reconocimiento emocional y tendencia a negar o minimizar las dificultades (25,27).

Correlato clínico e hipótesis de los mecanismos de la depresión de origen vascular

El principal interrogante es la naturaleza de la interrelación. ¿Representa la depresión una reacción psicológica comprensible a la alteración cognitiva y física del stroke o es la manifestación conductual de la respuesta neuropsicológica y neuroquímica al daño cerebral (25,27)? No fue hasta fines de los '60 que se realizaron evaluaciones sistemáticas en este campo (27).

Se postula a la depresión post-stroke como un desorden afectivo secundario cuyas características neurofisiológicas aportarían importantes datos de regiones cerebrales asociadas a patología afectiva (19). La evidencia indica que existe una lateralización de la respuesta emocional ante la injuria cerebral aguda (20,25).

La neurología del comportamiento se ha centrado en el estudio de la sustancia gris, sin embargo estudios por imágenes han identificado regiones de la sustancia blanca relacionadas con operaciones neurocomportamentales. La sustancia blanca contribuye a funciones cognitivas y afectivas, y sus lesiones desconectan estas vías produciendo síndromes neurovegetativos (10). Dos características anatómicas tienen importancia neurocomportamental:

- La sustancia blanca del lóbulo frontal establece una relación

única entre este y zonas más posteriores del cerebro.

- La cantidad de sustancia blanca es mayor en el hemisferio derecho que en el izquierdo principalmente en los lóbulos frontales.

Estas observaciones sugieren que la lesión difusa de la sustancia blanca alteraría sistemas de atención, funciones frontales, habilidades visuoespaciales y estados emocionales; dejando las habilidades lingüísticas relativamente indemnes (10). El aporte sanguíneo de la sustancia blanca hemisférica proviene en primer término de las arterias penetrantes de los grandes vasos de la base cerebral. Prominentes al respecto son las lenticuloestriadas que se originan de la cerebral media y son frecuentemente afectadas de lipohialinosis (o enfermedad de los pequeños vasos). Aporte adicional proviene de la arteria de Heubner y de la cordal anterior (10).

El aspecto fisiológico saliente de la sustancia blanca es la conducción marcadamente aumentada a través de las fibras de mielina. La sustancia blanca puede lesionarse sin pérdida neuronal y su función podría recuperarse. En sitios donde la remielinización no se restablece, la conducción puede sostenerse a través de la formación de canales de sodio (10).

Existe evidencia de que el volumen de sustancia blanca declina con la edad más que la sustancia gris. En poblaciones añosas estudiadas se obtuvo que sólo pierden sustancia blanca, razón por lo cual los cambios mentales asociados a la edad, como enlentecimiento cognitivo y vigilancia alterada, podría ser en parte por la pérdida de mielina. Una reducción del volumen de sustancia blanca, resultaría en actividad neuronal anómala, que justificaría en parte el procesamiento lento de información que normalmente se encuentra en el anciano (10).

Las zonas del cortex frontal que están sumamente interconectadas con estructuras límbicas como la amígdala (regiones ventrolateral, ventromedial y orbitaria del cortex prefrontal) y el caudado (principalmente el caudado medial que con el núcleo accumbens forman el estriado límbico o ven-

tral) participan en el circuito córtico-estriado-pálido-talámico que parecen mediar tanto la emoción normal como los estados emocionales patológicos asociados con trastornos del humor primarios. La literatura indica que lesiones que afectan varios puntos de estos circuitos límbicos pueden generar el síndrome depresivo mayor de la misma forma que lesiones en varios puntos del circuito dorsal motor (incluye corteza primaria y suplementaria motora y estriado dorsal) pueden generar trastornos en el movimiento (7,18,21).

El daño de los ganglios basales y su conexión con la corteza prefrontal, se ha asociado a depresión y a síndrome del lóbulo frontal que incluye retardo psicomotor, falta de insight, menor agitación e ideas de culpa y alteración de las funciones ejecutivas. La depresión vascular estaría asociada con estos signos y síntomas habiendo un amplio espectro de trastornos que pueden acompañar al cuadro (1,4).

En la depresión de origen vascular la sobreexcitación de la neurona generaría un ingreso anormal del ion calcio hacia el interior de la célula; dicha sobreexcitación mediada usualmente por glutamato, abre los canales de calcio en forma excesiva y así el ion ingresado a la célula puede dañar lentamente la dendrita y/o en forma aguda producir la muerte neuronal. En la actualidad el mecanismo de daño neuronal producido por el calcio se lo ha relacionado con la isquemia silente y al accidente cerebrovascular, pero también al pánico, la manía, la esquizofrenia, la enfermedad de Huntington, el Alzheimer, el Parkinson y la ELA. En todas ellas la prevalencia de la depresión es alta (31).

Evaluación

Tests neuropsicológicos

- Los pacientes depresivos con infartos silentes presentan disfunción frontal (4,31).
- El deterioro cognitivo y la depresión vascular se asocian en un 60% (13).
- La incidencia de demencia después de un año del primer infarto cerebral, fue nueve veces mayor al esperado (4).
- La extensión del daño en la sus-

tancia blanca se correlaciona con al alteración cognitiva (4).

- La reducción en el tamaño del caudado se vincularía con alteraciones en la construcción, nominación y retención visual. Estos hallazgos podrían explicarse por la alteración del área córtico-estriado-pálido-tálamo-cortical que disrumpe la atención visual y el planeamiento motor llevando a la disfunción de la memoria y la construcción.
- Las funciones ejecutivas son las más afectadas (4).
- Imágenes

La evaluación de pacientes con depresión de inicio tardío debería incluir TAC, RMN y SPECT. Deberían solicitarse estos exámenes toda vez que un paciente mayor de 60 años presente (31):

- Depresión con deterioro cognitivo severo.
- Un episodio depresivo por primera vez en su vida.
- Una depresión atípica.
- Resistencia al tratamiento psicofarmacológico.

Tratamiento

Las metas son: el tratamiento de los factores de riesgo de enfermedad vascular: antiagregantes plaquetarios, calciomoduladores, dieta adecuada; del síndrome depresivo.

En esta población de pacientes el riesgo de desarrollar efectos adversos durante el tratamiento antidepressivo está aumentado (7,14). Los más frecuentes son delirium (17,36), parkinsonismo, discinesias y acatisia. El uso de tricíclicos o TEC pueden incrementar los trastornos cognitivos propios de la patología de base (7).

Las hiperintensidades en la sustancia blanca profunda, ganglios de la base y protuberancia están asociadas con pobre respuesta al tratamiento agudo limitando la farmacoterapia y en menor medida el curso con TEC, que debería considerarse tempranamente en pacientes con estas lesiones (15,30). Estudios en animales sugieren que algunos antidepressivos promueven la recuperación neuronal luego de lesiones isquémicas (Sertralina, Venlafaxina) en tanto otros psico-

fármacos como el Haloperidol, la Fenitoína o las benzodiazepinas inhiben dicha recuperación (1).

La apatía responde a los agonistas dopaminérgicos y psicoestimulantes, también a los anticolinesterásicos. La monoterapia o potenciación con estas drogas deben ensayarse en pacientes con depresión vascular con y sin disfunción ejecutiva y apatía (3).

Evolución de la depresión vascular

El curso de la depresión vascular suele ser: crónico, con exacerbaciones y recaídas y pobre (4,31). La depresión con patología de la sustancia blanca se asocia con (4,31):

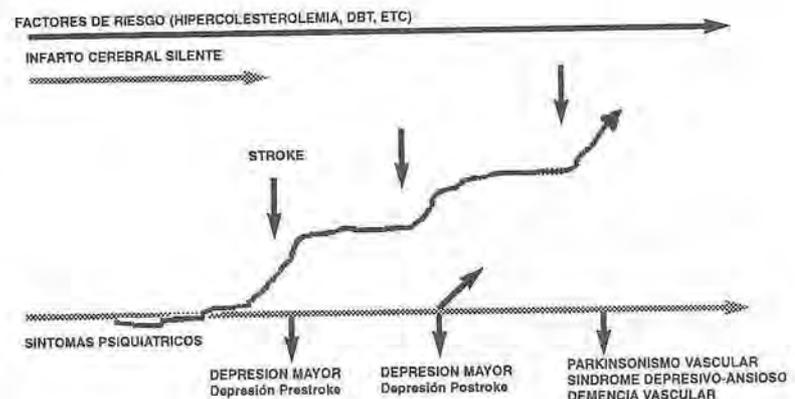
- Menor tasa de recuperación.
- Mayores síntomas residuales.
- Incapacidad y mortalidad aumentadas.
- Recaída que se constituye en un serio problema en la depresión, en tanto que el 40% se cronifica y la cronicidad con delirio se asocia a mayor morbilidad (15).
- Índices de suicidio incrementados ya que en gerontes depresivos respecto de los no depresivos la tasa de suicidio se duplica.
- Algunas lesiones subcorticales son predictores sensitivos de pronóstico pobre, sin embargo individualmente tienen baja especificidad. De todos modos, la combinación de las tres

áreas subcorticales (ganglios de la base, protuberancia y lóbulo frontal), DBT y tensión arterial media baja, tienen relevancia clínica y predicen el pronóstico en un 91% (14).

IV) Conclusión

El cuadro de depresión tardía de origen vascular es un área promisoría de investigación neuropsiquiátrica. Los fármacos utilizados para la prevención y tratamiento de la enfermedad cerebrovascular, han demostrado reducir el riesgo de la depresión vascular, como también mejorar su pronóstico. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de que la depresión de inicio tardío represente un signo de alarma de enfermedad cerebrovascular (Cuadro 1). La instauración de tratamiento antiagregante plaquetario sería beneficioso en la prevención de mayores alteraciones cerebrovasculares. La elección del antidepressivo estaría ligada a la acción neuroplástica en zonas de lesiones isquémicas. Son necesarias más investigaciones para clarificar las vías involucradas en la depresión vascular (sitios de lesión isquémica), la disfunción cerebral resultante, la edad de comienzo, la clínica del cuadro depresivo y los factores neurobiológicos involucrados (21,23). Hay todavía limitaciones metodológicas que no han sido eficazmente superadas (2,27) ■

Cuadro 1



Bibliografía

1. Alexopoulos GS, Meyers MD, Young RC, Kakuma T, Silberweig D, Charlson M: Clinically defined vascular depression. *Am J Psy* 154:4, April 1997
2. Alexopoulos GS: Depression after transient ischemic attack: A clinically distinct subtype of vascular depression. *Arch Gen Psychiatry* vol 55. Aug 1998. In reply
3. Alexopoulos G: Distinguishing apathy syndromes from vascular depression - reply. *Arch Gen Psychiatry* vol 55, Sept 1998, 22
4. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silberweig D, Charlson M: Vascular depression hypothesis. *Arch Gen Psy* Oct 54 (10) 1997
5. Carney RM, Rich MW, Tevelde A, Saini J, Clark K, Jaffe A: Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1987; 60: 1273- 1275
6. Cummings JL: Organic delusions: Phenomenology, anatomical correlations and review. *British Journal of Psychiatry* (1985), 146,184- 97
7. Drevets CW: Geriatric depression: Brain imaging correlates and pharmacologic consideration. *J Clin Psychiatry* 55:9 (suppl A), Sept, 1994
8. Figiel GS, Krishnan KRR, Breitner JC, Nemeroff CB: Radiologic correlates of antidepressant induced delirium: the possible significance of basal ganglia lesions. *Journal of Neuropsychiatry* vol 1, Nº 2, Spring 1989
9. Figiel GS, Coffey CE, Djang WT, Hoffman G, Doraiswamy PM: In brain magnetic resonance imaging findings TEC induced delirium. *Journal of Neuropsychiatry* vol 2 Nº1 Winter 1990
10. Filley M: The behavioral neurology of cerebral white matter. *Neurology* 1998; 50: 1535- 1540
11. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M: Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91:999- 1005
12. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y: Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke* vol 24 Nº11 nov. 1993
13. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y: Background factors and clinical symptoms of major depression with silent cerebral infarction. *Stroke* vol 25 Nº4, April 1994
14. Fujikawa T, Yokota N, Muraoka M, Yamawaki S: Response of patients with major depression and silent cerebral infarction to antidepressant drug therapy, with emphasis on central nervous system adverse reactions. *Stroke* vol 27 Nº11. November 1996
15. Fujikawa T, Yokota N, Muraoka M, Yamawaki S: Response of patients with major depression and silent cerebral infarction to antidepressant drug therapy, with emphasis on central nervous system adverse reactions. *Stroke* vol 27 Nº11, Nov 1996
16. Jacoby RB, Levy R, Bird J: Computed tomography and outcome of affective disorder: a follow up study of elderly patients. *British J Psychiatry* (1981), 139, 288- 292
17. Krishnan KRR, Hays JC, Tupler IA, George LK, Blazer DG: Clinical and phenomenological comparisons of late onset and early onset depression. *Am J Psychiatry* 152:5, May 1995
18. Krishnan KRR, Hays J, Blazer DG: MRI defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 154:4, April 1997
19. Lipsey JR, Spencer WC, Rabins PV, Robinson RG: Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *Am J Psychiatry* 143:4, April 1986
20. Morris PL, Robinson RG, Carvalho ML, Albert P, Wells JC, Samuels JF, Eden Fetzer D, Price T: Lesion characteristics and depressed mood in the stroke data bank study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1996; 8:153- 159
21. Morris PL, Robinson RG, Raphael B, Hopwood MJ: Lesion location and poststroke depression. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1996; 8: 399-403
22. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff C: The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry* vol 55. July 1998
23. Rabkin JG, Charles E, Kass F: Hypertension and DSM III depression in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 140: 8; August 1983
24. Rao R: Depression after transient ischemic attack: A clinically distinct subtype of vascular depression. *Arch Gen Psychiatry* vol 55, Aug 1998. Letter to the editor
25. Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, Rao K, Price T: Mood disorders in stroke patients, importance of location of lesion. *Brain* (1984), 107, 81- 93
26. Robinson GR, Starr LB, Price T: A two year longitudinal study of mood disorders following stroke. Prevalence and duration at six months follow up. *Brit J Psychiat* (1984), 144, 256- 262
27. Robinson RG, Starkstein SE: Current research in affective disorders following stroke. *Journal of Neuropsychiatry* vol.2 N1. Winter 1990
28. Shima S, Shikano T, Kitamura T, Masuda Y, Tsukumo T, Kanba S, Asai M: Depression and ventricular enlargement. *Acta Psychiatrica Scandinava*; 1984; 70: 275- 277
29. Shimada K, Kawamoto A, Matsubayashi K, Ozawa T: Silent cerebrovascular disease in the elderly. Correlation with ambulatory pressuer. *Hypertension* vol 16 Nº6. December 1990
30. Simpson SW, Jackson A, Baldwin RC, Burns A: Subcortical hyperintensities in late life depression: acute response and neuropsychological impairment. *International Psychogeriatrics*, 9 (3), September 1997
31. Taragano FE: Depresión geriátrica de origen vascular. *Diálogo Médico Año 1 Nº1 septiembre 1998*
32. Zubenko G, Sullivan P, Nelson J, Belle S, Huff J, Wolf L: Brain imaging abnormalities in mental disorders of late life. *Arch Neurol* vol 47; Oct 1990

ANCLAJE

Acompañamiento
Terapéutico

CRISIS, URGENCIAS, EMERGENCIAS

Internación domiciliaria

Traslados

Externaciones

Reinserción

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Psiquiatras
Médicos Clínicos
Nutricionistas
Enfermeras/os
Personal trainer

Lic. J. Britos

Lic. E. O'Connor

COORDINADORES

4371-8648

4787-9408

Salud mental y enfermedad crónica: Dispositivos grupales y autogestión

Dr. Rubén Zukerfeld

Médico psicoanalista. Miembro titular en función didáctica A.P.A.; Miembro fundador Grupo de Estudios Psicoanalíticos (S.A.P.);
Profesor de posgrado Facultad de Psicología, UBA.
Moldes 981 PB (1426) Buenos Aires. Tel: 4783/8023; Telfax: 4780/2939. e-mail: errezeta@arnet.com.ar

Introducción

1.1 Vulnerabilidad y aspectos psicosociales en las enfermedades crónicas

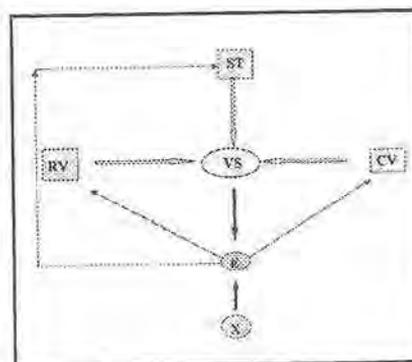
En las condiciones sociales actuales es habitual que el problema de la enfermedad crónica se incluya en el campo de la salud mental independientemente de que el enfermo sea o no un "enfermo mental". En realidad todas las categorías de la llamada psicósomática son parte de este campo y en general las perspectivas interdisciplinarias modernas incluyen siempre algún nivel de intervención psicológica en casi todas las enfermedades. Esta tendencia -que constituye la contracara de la medicina tecnológica- suele tener como referencia explícita o implícita, una concepción sobre la influencia psicosocial en la vulnerabilidad

del sujeto (12) y una jerarquización de la misma como base de su recuperación. Esta influencia puede ser estudiada teniendo en cuenta los sucesos vitales (SV) que pueden o no tener eficacia traumática, las características de la red vincular (RV) tanto en su valor de apoyo como de stress social y la calidad de vida del sujeto enfermo (CV). En la Figura 1 puede observarse lo que entendemos como relación general y recursiva de todas estas variables en relación a la enfermedad. Así es que pensamos que factores dependientes de sucesos vitales, de la red vincular y de la calidad de vida del sujeto pueden estar en el origen o la exacerbación de su vulnerabilidad a enfermar. Pero también es importante tener en cuenta que la enfermedad ya constituida a partir de factores X (factores etiológicos biológicos

con o sin base genética) influye en la red vincular, altera la calidad de vida y es en sí un suceso traumático para el sujeto.

Existen numerosos estudios

FIGURA 1: Relaciones recursivas entre vulnerabilidad somática (VS), sucesos traumáticos (ST), red vincular (RV) y calidad de vida (CV)



E: Enfermedad X: Factores genético-biológicos

Resumen

En este trabajo se presenta en primer lugar la relación entre vulnerabilidad, sucesos vitales, calidad de vida y red vincular. Se plantea que de las tres fuentes de sufrimiento que señala Freud, esta última -la relación con otros seres humanos- incluye también un potencial reparador. Distintos dispositivos grupales cumplen esa función en la medicina en general y en el campo de la salud mental en particular. Entre estas diferentes modalidades se destacan los grupos de autogestión de amplio desarrollo y escaso estudio en el psicoanálisis y en la psiquiatría en general. Se presentan los principios generales de funcionamiento de estos grupos (semejanza, modelización y confrontación) de acuerdo a las nociones psicoanalíticas de identificación primaria, construcción del ideal y percepción de la realidad. Se discute su eficacia y deformaciones y se jerarquiza la percepción de ayuda como indicador terapéutico. Se presenta una escala (EFG-25) para estudiarla de acuerdo a los principios señalados y a los llamados factores curativos de Yalom.

Palabras clave: Autogestión - Grupos - Percepción de ayuda - Red vincular - Vulnerabilidad

MENTAL HEALTH AND CHRONIC ILLNESS: GROUPING DEVICES AND SELF MANAGEMENT

Summary

In this work the relationship firstly among vulnerability, vital events, quality of life and links net is presented. It is thought that of the three sources of suffering that Freud remarks, the last one -the relationship with other human beings- also includes a reparative potential. Different grouping devices complete that function in the medicine in general and in the field of the Mental Health in particular. Among these different modalities they stand out the groups of self-management, of wide development and scarce study in the psychoanalysis and in the psychiatry in general. The general operative principles of these groups are presented (resemblance, pattern, confrontation) according to the psychoanalytical notions of primary identification, construction of the ideal and perception of the reality. It is discussed their effectiveness and deformations and the perception of help as therapeutic indicator is assessed. A scale (EFG-25) is presented to study it according to the mentioned principles and to the so calls healing factors of Yalom.

Key words: Self-management groups - Perception of help - Links net - Vulnerability

que ponen en evidencia por ejemplo la influencia del aislamiento social como factor de riesgo como por ejemplo Berkman y Syme(1) House, Lands y Umberson, (7) y otros que demuestran el valor de la percepción de ayuda y apoyo emocional para la supervivencia y recuperación de la enfermedad como Goodwin et al, (6) y Ell et al (3.)

Recientemente Spiegel et al (9) señalan mecanismos psiconeuroinmunológicos por los que el apoyo psicosocial influiría en la evolución de enfermedades oncológicas y también entre nosotros Ingratta, Intebi, Zonis de Zukerfeld et al (8) lo hacen para enfermedades metabólicas como la osteoporosis.

Por otra parte el enfermo de patologías sin cura etiológica (v.g. hipertensión, diabetes, obesidad mórbida) pero con alto poder de control sobre las mismas a través de cambios de hábitos y estilo de vida, necesita del apoyo psicosocial para desarrollar recursos para su recuperación. También es conocido como en el mismo sentido han tenido un intenso desarrollo programas grupales en el ámbito de las adicciones y trastornos de la alimentación .

1.2 El problema del sufrimiento

En "El Malestar en la Cultura", Freud (5) señala tres fuentes de sufrimiento humano: el propio cuerpo, el mundo exterior y las relaciones con otros seres humanos. Obsérvese que en estas formas en las que se presenta la realidad externa al aparato psíquico se ponen en juego dos tipos de problemas: a) en las tres fuentes citadas se imbrican fenómenos del orden de la naturaleza con otros del orden de la cultura. b) su subjetivación se da de distintas maneras según la cualidad y la magnitud de los fenómenos. Su eficacia traumática es variable y de acuerdo con Freud sería inversa a la posibilidad de significación. En otros términos, ciertas vicisitudes de aquellas fuentes se procesarían de acuerdo con el principio de placer- realidad y otras más allá del principio de placer.

Es importante tener en cuenta también otro par de cuestiones. (ver Figura 2)

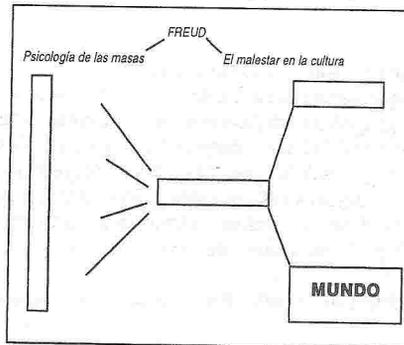
a) Freud señala aquí el sufrimiento pero es necesario recordar

que es de las mismas fuentes citadas que el sujeto obtiene satisfacción y reparación para aquel padecimiento. Los vínculos con el otro (4) que puede ser "auxiliar, modelo, objeto y rival" son ligaduras libidinales expresadas en el acróstico a.m.o.r. que desde la noción de ambivalencia, ponen en evidencia la existencia del amor y también la del odio.

El psicoanálisis freudiano y especialmente las teorías de las relaciones objetales postfreudianas, han provocado uno de los cambios radicales y más controversiales en la clínica, la psicopatología y en general en la valoración de la conducta humana, a partir de establecer la diferencia entre un objeto externo y un objeto interno creado por introyección que se constituye en parte de una actividad fantasmática. Es sabido que para la constitución de objetos internos buenos o protectores es necesaria la existencia de objetos externos que garanticen un sostén mínimo, y que de acuerdo a las vicisitudes relacionales evolutivas se requerirá la presencia permanente del objeto externo o se podrá tolerar la dinámica de ausencias y presencias. La vivencia interior de protección que suele estar asociada a la autoestima es así el gran moderador del sufrimiento psíquico.

Este sufrimiento en relación a otros seres humanos es el que ha

FIGURA 2: Fuentes de sufrimiento y posibilidad reparatoria



motivado abundantes consideraciones clínicas y teóricas sobre los modos de enfermar en determinados contextos macro y microculturales. Así es que teorías que estudian los vínculos inter y transubjetivos y la categoría misma de "familia disfuncional" dan cuenta del interés que tiene este campo. Asimismo el desarrollo de sistemas grupales y comunitarios (2)

para tratar crisis vitales y enfermedades crónicas, permite inferir la jerarquía que ha adquirido el concepto de red vincular en cualquier abordaje terapéutico : toda la actual crisis de los modelos de solidaridad social y su conexión con el incremento de determinadas patologías expresa claramente esta concepción . Así es que entendemos (12) como RV a la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de sostén y/o de stress de magnitudes variables. El concepto de apoyo incluye tener tanto a quien recurrir como en quién pensar para sentirse reconfortado, apoyado o motivado ; el concepto de stress incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes ó confusos como la sensación de no tener a quién recurrir. Estas variables tienen en cuenta las relaciones que establece el sujeto en su ámbito familiar pasando por todos los distintos niveles de pertenencia intermedios, (barriales, laborales , etc) ha ele ser considerado un factor de riesgo para las enfermedades. Además es conocido que las personas que padecen serias enfermedades requieren más apoyo y cuidado de su entorno, es decir que la misma enfermedad influye sobre su red vincular y puede recursivamente incrementar su vulnerabilidad.

La definición utilizada muestra, como puede apreciarse, la importancia del intercambio generador de apoyo ó perturbación y la existencia de una trama intersubjetiva que ofrece también distintos modelos de identificación. Así es que donde se encuentra el sufrimiento se puede encontrar la ayuda y la reparación La presencia o ausencia de RV y especialmente su característica (más "sostenedora" o más "estresante") la consideramos de gran importancia para: a) la regulación de la autoestima y de la identidad , b) la elaboración de duelos, c) la constitución de valores y proyectos vitales, d) el afrontamiento de situaciones traumáticas.

Dentro de la RV pueden señalarse descriptivamente vínculos familiares (originarios y adquiridos) y extrafamiliares que corresponden a distintas pertenencias

sociales e institucionales. Aquí nos ocuparemos solamente de los dispositivos grupales con problemática semejante y modalidad autogestiva

2. Dispositivos grupales y autogestión

2.1 Historia

Existe una larga historia acerca de las terapias grupales en la Argentina que implica la coexistencia de escuelas e instituciones diversas de gran predicamento en el campo de la salud mental. A mi modo de ver conviene destacar seis influencias y dos grandes tipos grupales: a) Psicoanálisis: desde los pioneros de las instituciones psicoanalíticas se propició la psicoterapia de grupo que hoy en día incluye numerosas modalidades de orientaciones diversas desde Bion a Kaes; b) Psicodrama: desde las ideas de Moreno hasta las del llamado psicodrama psicoanalítico las técnicas dramáticas tienen un lugar importante en los abordajes grupales; c) Grupos Operativos: las ideas de Pichon Riviere y sus seguidores fundadores de la psicología social constituyen otra influencia rica y vigente en el campo grupal; d) Grupos "vivenciales": un sector heterogéneo que comprende los laboratorios, técnicas gestálticas, corporales y otras modalidades influidas por Perls; e) Grupos cognitivo-conductuales: suelen constituirse como programas inspirados en las ideas de Beck y de Ellis y se han desarrollado mucho en el campo del stress; f) Grupos de autogestión o ayuda mutua: modalidad en la que la fuente básica ha sido el trabajo de Alcohólicos Anónimos y que en sus orígenes no incluye intervención profesional.

Todos estas modalidades han constituido dispositivos propios, establecido criterios de agrupabilidad y planteado líneas de investigación con aportes significativos para la salud mental. Por otra parte es posible clasificar a los grupos en dos tipos: heterogéneos y homogéneos. Los primeros se conforman con personas que se agrupan por mínima semejanza, es decir por la expectativa individual de obtener algún beneficio del grupo, pudiendo tener distintas problemáticas, patologías o condi-

ciones vitales. Por lo general la mayor parte de los estudios y teorizaciones corresponden a este tipo de grupos coordinados por profesionales con formación psicoanalítica y/o psicodramática.

Los grupos homogéneos son aquellos que se forman por máxima semejanza, es decir porque además de la expectativa citada anteriormente, comparten la misma enfermedad, problemática o condición vital. Este tipo de grupos corresponde en realidad al nacimiento de todo el campo grupal a partir de las clases colectivas que hacía Pratt con tuberculosos a principio de siglo. También es debido a la historia que la noción de grupo homogéneo se hizo sinónima de la de grupo de autoayuda (self-help) por el nacimiento de Alcohólicos Anónimos. Es importante hoy en día cambiar esta última sinonimia: un grupo homogéneo puede ser de autogestión absoluta, de autogestión relativa o guiada -con coordinación profesional- o no privilegiar la autoayuda. Pero por lo general si un grupo es de autogestión tiende a ser un grupo homogéneo.

Entendemos como autogestión o ayuda mutua al conjunto de procedimientos que desarrollan los integrantes de un grupo con la finalidad de producir algún tipo de alivio y/o cambio en la mayoría de ellos mismos sin intervención profesional (autogestión absoluta o pura) o con una coordinación de un profesional que no padece la patología (autogestión relativa).

2.2 Principios generales

Los procedimientos grupales de todas las corrientes citadas han tenido una importante influencia en el campo de la psicopatología, adicciones, trastornos de la alimentación, patologías fronterizas. Pero en general la modalidad autogestiva con grupos homogéneos es paradójicamente la de mayor desarrollo y la menos estudiada rigurosamente. En otra parte (11) hemos planteado lo que entendemos como los tres principios en los que se basan estos grupos (semejanza, modelización y confrontación) y su relación con las nociones psicoanalíticas de identificación primaria, construcción del Ideal y percepción de

la realidad.

Aquí desarrollaremos la relación entre aquellos principios y lo que Yalom (10) en sus importantes investigaciones plantea como "factores curativos" de los sistemas grupales, de tal manera que la semejanza, modelización y confrontación se convierten en principios para el logro de determinada eficacia terapéutica.

Estos factores son once y los agruparemos por su relación con el que entendemos principio general.

2.2.1 Principio de semejanza: plantea la relación directamente proporcional entre semejanza de problemática y posibilidad de eficacia terapéutica y se basa en el desarrollo de identificaciones primarias. Es decir existe un valor terapéutico en lo que sería el pasaje del "a mí me pasa" al "a nosotros nos pasa". Se cumple en la medida que se desarrollan allí los siguientes cinco factores:

a) Cohesión: definida en un grupo como el equivalente al vínculo en la relación individual es algo así como la atracción que mantiene a los integrantes de un grupo como pertenecientes al mismo. Es una necesaria precondition que no debe confundirse con confort y que implica interés en mostrarse frente a otro y que otro se muestre frente a uno en un ambiente protegido. Sin mínima cohesión no existe funcionamiento grupal y la semejanza la favorece.

b) Universalidad: es un patrón que se define como la sensación de compartir padecimientos y/o características con otros integrantes de un grupo en oposición al sentimiento de "particular", "especial" o "secreto".

c) Esperanza: hemos mencionado en otra parte que estos son dispositivos que funcionan a través de las tres "anzas" (semejanza, confianza, esperanza) y remarcado el valor terapéutico de ver que otros han cambiado o se han recuperado; la llamada "inoculación de esperanza" de Yalom.

d) Altruismo: la posibilidad de ayudar a otro que ofrece un grupo tiene gran valor para la autoestima del que brinda aquella ayuda. Es un concepto que emparenta un valor ético como la solidaridad con un valor terapéutico e implica



una posibilidad de resolución de la ambivalencia.

e) Imitación: es un factor que genera controversias en la medida que su signo varía : se pueden imitar conductas saludables o patológicas pero no hay duda que el primer caso implica un primer ensayo en el desarrollo de los procesos de cambio.

Es importante no confundir un principio que se basa en la semejanza con la idea de aplastamiento de las diferencias o etiquetamiento. Este último es el resultado de una distorsión donde se confunde semejanza con identidad. Aquí es conveniente recordar lo que señala Freud (4) en 1921 cuando explica la constitución de la masa artificial en dos tiempos: primero los miembros de la masa proyectan su ideal sobre el líder y luego se identifican entre sí. Esta masificación es la consecuencia lógica de la idealización en el sentido de la presencia de un Yo Ideal. En cambio desde el punto de vista metapsicológico en el grupo de autogestión primero se produce la identificación con el otro y posteriormente se construye un Ideal del Yo que pasa a ser el modelo de

la cura.

2.2.2 Principio de Modelización: Plantea la relación directamente proporcional entre claridad, explicitación y consenso a la propuesta terapéutica -el modelo- y su eficacia. Como acabamos de señalar se basa en la posibilidad de construir Ideales desencarnados con posterioridad al encuentro con el semejante. Es decir que existe un valor terapéutico que se agrega al "nosotros" y pasa a ser "nosotros con este modelo que construimos". Se cumple en la medida que se puedan desarrollar allí tres factores curativos de Yalom.

a) Información : es importante el compartir nociones básicas acerca de la enfermedad, su proceso terapéutico y el funcionamiento mismo de un grupo. Muchas veces esta información se da por tradición oral, otros es formal y escrita y a veces es ad hoc pero debe ser clara y compartida: la incertidumbre sostenida es un factor ansiógeno que puede ser perturbador.

b) Resocialización: todo modelo incluye la posibilidad que los integrantes de un grupo desarrollen capacidades inhibidas y/o re-

gisten las consecuencias de conductas inapropiadas o estereotipadas y realicen aprendizaje social.

c) Factor existencial: casi todos los modelos que se desprenden del principio general procuran que se desarrolle en los integrantes de un grupo una visión global de la vida y la muerte y en especial la noción de responsabilidad. Este es un concepto clave en especial para patologías que se autoperpetúan a través de comportamientos y que implican niveles de decisión. Los modelos suelen incluir una ética propia y un estímulo para el desarrollo de proyectos.

2.2.3 Principio de confrontación:

Se define como la relación entre las condiciones que da un grupo para poder enfrentar realidades negadas e intentar transformarlas y su eficacia terapéutica. Es decir que existe un valor terapéutico que completa lo citado en 2.2.2 pasando a ser : "nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta". Incluye tres factores descriptos por Yalom que tienen que ver en general con movilizaciones emocionales de distinto nivel que ponen al Yo frente a la posibilidad de cambio

a) Catarsis : este factor hay que comprenderlo como la posibilidad que brinda el grupo de expresar emociones fuertes manteniendo la cohesión. No implica descarga per se y habitualmente es un factor valorado por los integrantes del grupo aunque no esté necesariamente asociado a cambios comportamentales. Esta idea está implícita en b)

b) Experiencia Emocional Correctiva : Descripta por Alexander, es jerarquizar el cambio en relación con la expresión de emociones que corrijan experiencias anteriores del sujeto. Implica un testeo de la realidad actual para percibir la diferencia entre el presente temido en función del pasado traumático. El grupo actúa como un soporte y como un campo donde se realiza lo que sigue en c)

c) Aprendizaje interpersonal : Este es un concepto clave del psicoanálisis y de la psiquiatría a partir del cual a ésta se la adjetiva como "dinámica". La noción ha sido descripta y desarrollada por Sullivan que define la psicoterapia co-

mo el estudio y tratamiento de los procesos que se dan entre las personas. Todas las teorías y técnicas grupales incluyen esta noción que implica trabajar sobre las distorsiones paratáxicas que también describió Sullivan. El intercambio con otros integrantes de un grupo es una fuente inagotable de aprendizaje de: las propias percepciones erróneas contaminadas de proyecciones variadas y los efectos que producen las distintas expresiones verbales y corporales de los integrantes.

2.2.4 Eficacia terapéutica y controversias

Toda las definiciones que dimos sobre los principios planteaban una relación directa con la eficacia de la dinámica grupal. Esta puede pensarse de distintas formas de acuerdo a la base teórica que se tenga y a los objetivos planteados

Obsérvese que la noción amplia de "aprendizaje" se encuentra incluida de diferentes maneras en los tres principios generales. En relación con la semejanza se encuentra la imitación de comportamientos saludables y en relación con la modelización la información y resocialización descriptos. Estos son niveles más intelectuales del grupo, distintos del aprendizaje interpersonal que es más emocional y típico de un grupo de buen funcionamiento.

Los principios generales y sus factores terapéuticos derivados se implementan a través de un amplio bagaje de técnicas que provienen de distintos esquemas referenciales y que solamente son compatibles en la medida que cumplan con aquellos principios. Es por eso que distintos terapeutas, líderes o coordinadores grupales de orígenes muy diferentes, profesionales y no profesionales, pueden realizar una buena práctica que llamarán psicoterapéutica, psicoeducacional, psicodramática, o de grupo operativo, clasificaciones importantes en última instancia más para los terapeutas que para los pacientes. Estos últimos sienten que hacen "un grupo" y que éste funciona o no, ayuda o no, cumple o no con sus objetivos. Yalom es el que justamente ha destacado que muchas veces los que los integrantes de un grupo

han considerado "curativo" no es el mismo factor que los coordinadores valoran como tal. Esta observación vale también para los grupos de autogestión absoluta o "pura" donde el coordinador no es un profesional sino un usuario de la misma patología o condición que tiene el grupo.

Pero son también estos grupos -homogéneos- los que más controversias generan en el campo psi en general y en el de los terapeutas grupales en particular. Las críticas más habituales son:

- los grupos son procedimientos superficiales.
- los grupos favorecen el contagio de patología.
- los grupos de autogestión cristalizan seudoidentidades.
- los grupos son sectas.
- los grupos generan dependencia.

Como se comprenderá la crítica de "superficialidad" es la más endeble de todas ya que generalmente parte de una subestimación de la dinámica interpersonal en comparación con un referente de "profundidad" que se atribuye al vínculo individual. Este es un tema hoy en día perimido que queda probablemente como resto de una concepción de la década del 60 donde el grupo era la alternativa "barata" para el paciente que no podía acceder al psicoanálisis individual por su costo.

FIGURA 3: Factores que influyen en la percepción de ayuda grupal



Más serio es el problema del "contagio" y el de "seudoidentidad". En ciertos grupos esto sucede en relación con aspectos del funcionamiento psíquico carenciado de sus integrantes, en la violación de principios elementales de admisión (v.g. psicópatas) y especialmente en el desconocimiento de los principios generales que mencionamos anteriormente.

¿Por qué? En relación con el contagio (v.g. el adicto a drogas suaves que imita al adicto a drogas "pesadas" del grupo) se debe pensar si se cumple el principio de semejanza y entenderlo como un problema grupal pero no como una característica: es riesgoso juntar a tabáquicos, alcohólicos y cocaínómanos bajo el rubro de "grupo de adictos" y se se hace se debe ser consciente del principio general que no se tiene en cuenta.

La seudoidentidad es un fenómeno más complejo porque lo que a veces está en juego aquí es el horror frente a la falta de nombre



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PRIVADA MODELO DEL SOL

Director: *Dr. William David Moreno*

Asistencia
Docencia
Investigación
Comunidad Terapéutica
Psiquiatría Dinámica

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

de una sensación o estado. Muchos grupos ofrecen ese nombre y generan alivio (muchas veces al principio profundo rechazo) y este es un primer paso en el proceso : es conocida la presentación de sí mismos que hacen los integrantes de Alcohólicos Anónimos. Sucede que este primer paso -"soy alcohólico- adquiere a veces en otros grupos -"soy bulímica"- un sentido clausurante de cualquier reflexión sobre la singularidad ; cuando esto sucede conviene revisar el principio general de confrontación, es decir pensar que realidad se está negando. Y cuando los grupos no hacen revisión de los principios generales y se cierran sobre sí mismos generan dependencias patológicas y se convierten en sectas. Esta deformación se da cuando el líder -profesional o no profesional- se convierte en la encarnación del Ideal y transforma al grupo en iglesia o ejército.

2.3 Percepción de ayuda

Todo sistema que pretenda ser terapéutico debe evaluar sus intervenciones periódicamente especialmente cuando estas pasan principalmente por el sutil y complejo poder de la palabra. Esto implica que no basta con suponer -de acuerdo a la concepción personal- que se brinda ayuda, sino que se necesita constatar que el sujeto afectado la percibe. Esto plantea un problema teórico clínico bastante amplio porque en muchos casos la propia patología dificulta la percepción de ayuda o directamente la rechaza. De todos modos entiendo que es importante tener un panorama aproximado sobre como pensar la posibilidad del sujeto enfermo de obtener ayuda a través de un dispositivo grupal de autogestión . Pienso que la misma depende en definitiva de tres variables : la patología central de los integrantes , la estructura del dispositivo y la puesta en práctica de los principios de funcionamiento que describimos en 2.2 (ver Figura 3)

a) Importancia de la patología: por lo general cuando la misma altera significativamente la calidad de vida del sujeto , este suele percibir más rápidamente la ayuda grupal que por su sola existencia mejora esa calidad deteriorada. También es evidente que los sujetos que padecen de patologías

FIGURA 4
ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO GRUPAL (EFG-25)*
Versión CO

FECHA: _____ PROFESIÓN _____ TIPO DE GRUPO _____

OBSERVACIONES:
Ud. leerá a continuación una serie de frases que describen los motivos por los que muchas personas sienten que un grupo las ayuda. Le pedimos que Ud. marque con un número de 0 a 4 aquello que Ud supone ha ayudado a los miembros de su grupo utilizando la escala:

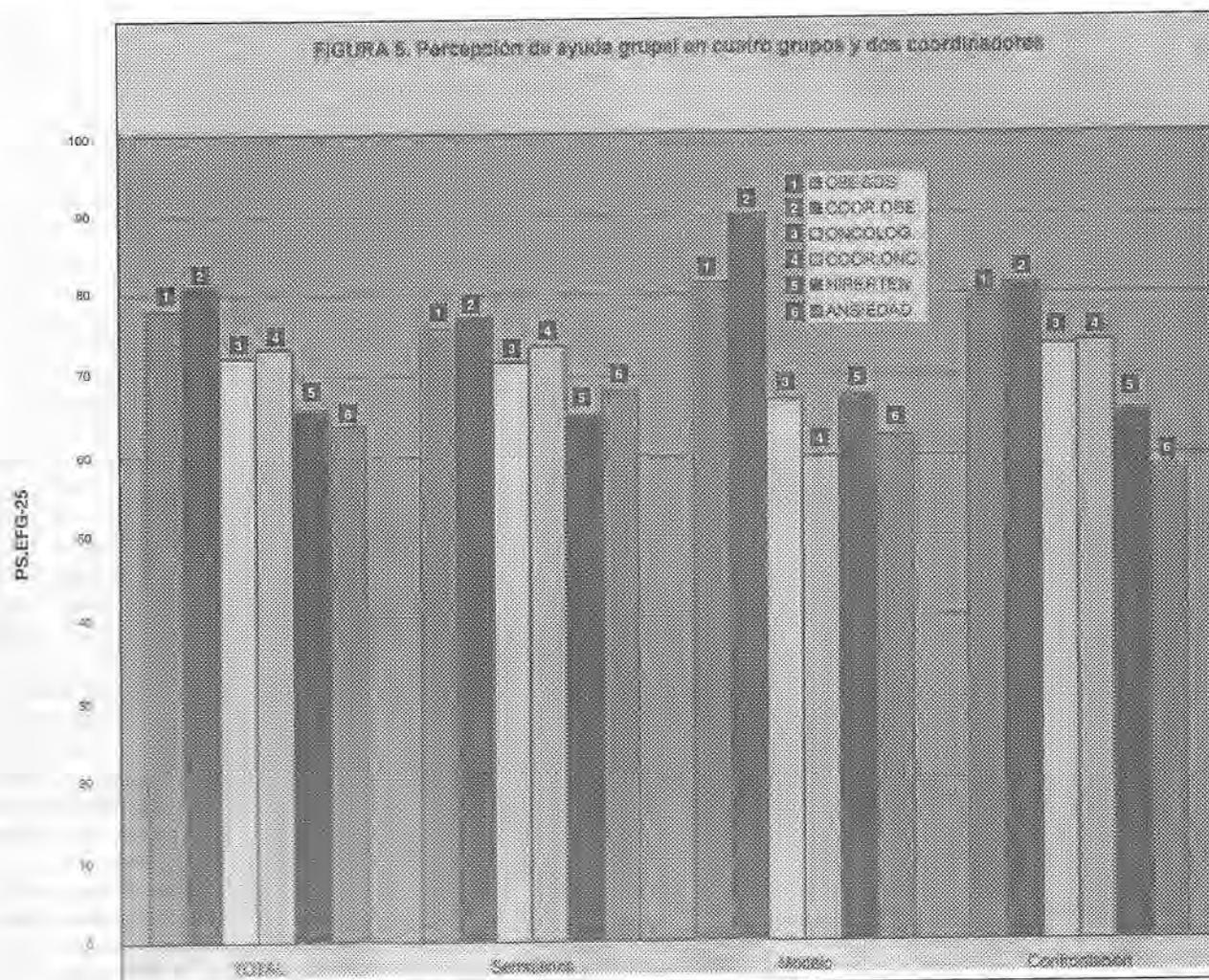
0: Nada	1: Algo	2: Bastante	3: Mucho	4: Muchísimo	N°	NO LLEN.
1. Brindarse a otras personas						
2. Ayudar a otros y ser importante en sus vidas						
3. Pertenecer y ser aceptado por el grupo						
4. Mantener contacto íntimo con otra gente						
5. Contar cosas que les avergüenzan y ser aceptados						
6. Aprender que no son los únicos que sufren o tienen problemas						
7. Comprobar que se es tan valioso como otras personas						
8. Ver como otros resuelven sus cosas y así poder hacer lo mismo.....						
9. Ofrecerse Ud como modelo de comportamientos						
10. Sentirse estimulado por los demás integrantes						
11. Entusiasmarse al ver que otros mejoran gracias al grupo						
12. Saber que otros han sido ayudados les da fuerzas 2.084
13. Desarrollar la capacidad de estar con gente con experiencia						
14. El grupo les da la oportunidad de aprender como comunicarse						
15. Las intervenciones o información que puede dar Ud.						
16. Las sugerencias o consejos del grupo5
17. Las sugerencias de un miembro en particular del grupo						
18. Aprender como expresar los sentimientos						
19. Ser capaz de decir lo que les molesta en lugar de guardárselo						
20. Aprender en el grupo que impresión se le causa a la gente						
21. Darse cuenta de si se comprometen con la gente auténticamente						
22. Escuchar lo que otros piensan honestamente de cada uno						
23. Descubrir y aceptar aspectos desconocidos de sí mismos						
24. Enfrentar los verdaderos problemas de la vida						
25. Aprender que uno es el responsable de hacer los cambios en su vida 3.125
¿Existe algo que Ud. supone que ayuda mucho(3) o muchísimo (4) en el grupo y que no haya encontrado en las 25 frases? Escríbalo con el número 3 ó 4.						
•						Total Cr.: Corr.:

* (c) Zukerfeld, 1995. Modif. y adapt. Yalom 1985

que tienen rechazo social o estigma, se siente muy ayudados por poder compartir su problemática con semejantes. Además cuando la necesidad básica gira sobre cambios de comportamiento el valor de la terapia grupales percibida como de gran ayuda para sus integrantes.

b) Importancia del dispositivo: en el mismo destacamos que la modalidad grupal y el liderazgo del coordinador influyen de distintas maneras en la percepción de ayuda por parte de sus integrantes. Aquí las características perso-

nales son decisivas dado que independientemente de la patología hay pacientes que se sienten ayudados por un líder carismático de modalidad activa mientras que otros valoran más el intercambio entre semejantes. Pero lo que es preciso señalar es la importancia del contexto donde se desarrolla el grupo que incluye el setting y en especial el problema del dinero. En este sentido y por definición los grandes grupos puros de autoayuda son gratuitos y los que se ofrecen en las instituciones públicas con o sin profesionales, tam-



bién. Cuando el grupo constituye un servicio o prestación arancelada cambian las condiciones de contexto en la que hay que incluir la forma en la que él o los profesionales coordinadores son remunerados. Lo que aquí quiero enfatizar es que es obviamente distinta la percepción de ayuda del enfermo que requiere un servicio por el que paga, de aquel que se siente parte militante de un sistema de ayuda mutua sin fines de lucro.

c) Importancia de los principios generales: en los últimos años nos ha interesado poner a prueba la vivencia personal que tienen pacientes y coordinadores de los grupos de los fenómenos de identificación, del valor de la propuesta y de la posibilidad de expresión e intercambio emocional. Esto es: existen pacientes que básicamente perciben la ayuda proviniendo de la semejanza, mientras que otros la atribuyen al modelo y/o a lo que incluimos en el principio de confrontación. Lo mismo suele darse con los coordinadores y a

veces existen discrepancias en esa valoración de las que conviene ser consciente con la finalidad de mejorar el dispositivo y su funcionamiento.

3. Datos de investigación clínica

3.1. Evaluación de la percepción de ayuda grupal de acuerdo al funcionamiento

En relación con el último problema planteado, en cualquier sistema grupal suelen hacerse periódicas evaluaciones sobre el funcionamiento y su eficacia. Suelen consistir en reflexiones entre integrantes y coordinadores con diversos matices en cuanto a sinceridad y a posibilidad de tomar distancia de la tarea realizada y evaluarla. Por otra parte cuando se quiere evaluar la eficacia del grupo se suelen administrar escalas para evaluar la evolución de determinadas dimensiones sintomáticas (vg. ansiedad, depresión) pero no el funcionamiento en sí mismo. En este último sentido hemos di-

señado una escala, la Escala de Funcionamiento Grupal, EFG-25, que tiene esa finalidad y que utilizamos en distintas poblaciones de enfermos crónicos que participaban de grupos.

EFG-25 es una escala de funcionamiento grupal que evalúa la percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal de acuerdo a los principios generales de semejanza, modelización y confrontación y a los once factores curativos descritos por Yalom (1985)ⁱⁱ. Consiste en 25 frases aplicables a cualquier integrante mayor de 18 años de cualquier tipo de grupo. Produce un valor total de percepción subjetiva de ayuda y eficacia de 0 (inexistente) a 100 (máxima teórica) y valores parciales para cada principio general y los factores curativos asociados. Brinda datos basales de expectativas a ser comparados con el retest y datos de contrastación entre la percepción de terapeutas y pacientes. Permite evaluaciones cualitativas y ser utilizada inclusive como material de

trabajo intragrupal. (ver Figura 4)

3.2. Experiencias preliminares con la EFG-25

Fue utilizada en grupos de pacientes hipertensos, obesos, oncológicos y con trastornos de ansiedad. Todos estos grupos tenían un liderazgo profesional con un promedio de 7 a 10 integrantes y los tres primeros enfatizaban la modalidad autogestiva con cierto componente psicoeducacional en el caso de los obesos. El grupo de trastornos de la ansiedad funcionó como control ya que tenía una definida modalidad cognitiva conductual. Se administró la EFG-25 a los pacientes de los cuatro grupos y a dos de los coordinadores y se obtuvieron los resultados que se observan en la Figura 5.

Desde el punto de vista de la interpretación clínica de los resultados puede verse que el score total de percepción de ayuda para los cuatro grupos supera el valor 60 que en una escala 0-100 se puede estimar como buena. El grupo de obesos tiene la más alta puntuación total seguido del grupo oncológico hecho que se mantiene en mayor o menor medida para la valoración de la semejanza, el modelo y la confrontación. La puntuación promedio de los pacientes con trastornos de ansiedad es el más bajo descendiendo inclusive por debajo de 60 en la percepción de ayuda por confrontación. De los tres grupos con más énfasis en la autogestión, el de hipertensos es el que obtiene los valores más bajos. Si se estudia por separado la percepción de ayuda para cada principio general se observa que es bastante pareja la que depende de la identificación, pero se torna diferenciada en la valoración del modelo, donde el grupo de obesos supera los 80 puntos, y en la valoración de la expresión emocional donde asciende a 75 puntos también el grupo de enfermos oncológicos.

Si se estudian las puntuaciones de los coordinadores de los grupos de obesos y oncológicos se nota como coinciden con los pacientes en la apreciación de la ayuda que los mismos perciben vía identificación y expresión emocional, pero difieren en sentido opuesto en relación con el modelo terapéutico: el coordinador del grupo de obesos

sobreestima la importancia de la ayuda debida al modelo, mientras que el coordinador del grupo de oncológicos la subestima.

Si bien estas muestras son pequeñas tienen -a mi entender- valor clínico ya que pondrían en evidencia lo siguiente: a) la modalidad autogestiva amplía la percepción de ayuda de los pacientes que padecen rechazo social o cierto estigma (obesos y oncológicos) b) ésta disminuye cuando tal condición no existe y en principio no hay tampoco fuerte alteración de la calidad de vida (hipertensos) c) la ayuda percibida de la información que proviene del modelo, es más valorada cuando el eje terapéutico pasa por cambios de hábitos (obesos) y en cambio cuando este eje pasa por el estado emocional asociado a la enfermedad, lo más valorado es la expresión emocional (oncológicos) d) los coordinadores tienen creencias sobre el valor del modelo que no son las mismas que tienen los pacientes.

4. Conclusiones

Los dispositivos grupales de modalidad autogestiva constituyen un poderoso recurso para la medicina en general y para el campo de la salud mental en particu-

lar. Es sabido que aún hoy en día existen dificultades de integración entre paradigmas médicos, psiquiátricos y psicoanalíticos con estos sistemas grupales. Desde la medicina general a veces se teme perder el poder médico tradicional sobre el paciente y desde la psiquiatría se puede pensar estos recursos como un paliativo peyorizado. Algo más compleja es la actitud de ciertos sectores dentro del hoy heterogéneo campo del psicoanálisis que comentamos en 2.2.4. En ese sentido es que ya desde fines de la década del 70 estamos estudiando con herramientas que provee la teoría psicoanalítica a los grupos homogéneos y de autogestión y de allí han surgido los principios teóricos desarrollados en 2.2. Creemos que el debate debiera pasar por allí y no tanto por inferir de la patología de los grupos las características y funcionamiento de los mismos. Estas deformaciones e iatrogenias existen de igual modo que existen en el psicoanálisis, la psicoterapia individual y cualquier intervención médica.

Por otra parte hay que considerar también las dificultades de integración de algunos sectores de los grupos de autogestión que pueden estereotipar y descalificar al médico por inoperante, al psiquiatra por "pastillero" y al psi-



Emergencias Psiquiátricas

EMPRESA PIONERA EN LA ASISTENCIA
PSIQUIÁTRICA DE URGENCIA.

- *AMBULANCIAS ESPECIALMENTE EQUIPADAS.
- *MÉDICOS PSIQUIATRAS.
- *EXPERIENCIA EN SITUACIONES EXTREMAS.
- *MAS DE DIEZ AÑOS DE TRAYECTORIA.
- *MAS DE VEINTE INSTITUCIONES NOS AVALAN.

SERVICIO DE ATENCIÓN PERMANENTE LAS 24 HS.

(011) 15-4411-0478 ó 4670-5045/1005

FAX (011) 4663-8730

E-mail: eps@ciudad.com.ar

coanalista por intelectualizador. Además muchos de estos grupos no están interesados en la evaluación de su funcionamiento o resultados. Este ha sido el otro aspecto que hemos intentado presentar en este trabajo: introducir un modo de evaluación de funcionamiento para pacientes y coordinadores que sea comparable y que permita realizar modificaciones en el dispositivo grupal.

Finalmente creo que se desprenden de este trabajo al menos tres grandes cuestiones: a) la necesidad de integración de recursos que provienen de distintos orígenes que se evidencia -por ejemplo- cuando un coordinador moderno de grupos incluye un rol playing sin ser psicodramatista b) la necesidad de rigurosidad en la evaluación pensando en que es lo que más puede ayudar para disminuir sufrimiento y promover transformaciones de la realidad. c) la necesidad de jerarquizar los lazos sociales y redescubrir la solidaridad no solo como un valor ético sino también como recurso terapéutico imprescindible, en especial en contextos caracterizados por la exclusión social y la apología del individualismo ■

Notas

NOTA 1: es imposible reseñar aquí la enorme producción teórico-clínica en la Argentina en este campo. Baste señalar los aportes clásicos de Grinberg, Langer y Rodríguez, los desarrollos sobre grupos de reflexión de Ferschtut y Dellarrosa, las concepciones sobre grupalidad de Pavlosky, Kesselman y Bauleo toda la creación del campo de las configuraciones vinculares a partir de ideas de Berenstein, Puget y Bernard y el psicoanálisis compartido de Stein También en Brasil existe un importante movimiento de trabajo grupal en los que se destaca David Zimmerman que en su libro junto a L.C. Osorio "Como Trabajamos con Grupos", Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, realiza una notable recopilación de todas las formas de trabajo grupal entre las que destaco los artículos de Fischmann sobre grupos operativos, Barros sobre grupos de autoayuda y Mello Filho sobre grupos con pacientes con enfermedad somática

2: La EFG-25 se construyó sobre una selección de las 25 frases de mayor ranking de un total de 60 de la investigación original de Yalom que conservan sus propiedades psicométricas y que fueron reagrupadas de acuerdo a los tres principios descriptos. Se diseñaron tres versiones: para pacientes al inicio del grupo, al cabo de al menos cuatro meses de grupo y

para los coordinadores (que se reproduce en la Figura 4).

Referencias bibliográficas

- Berkman, L, Syme, SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow up study of Alameda County residents. *Am. Journal of Epidemiology*, 1979, 109 (2):186-204
- Dabas, E, Najmanovich (comp.) "Redes. El lenguaje de los vínculos". Paidós, Bs. As., 1995
- Ell, K, Nishimoto, R, Mediansky, L, Mantell, J, Hamovitch, M. Social relations, social support and survival among patients with cancer. *J Psychosom Res.*, 1992, 36 (6): 531-541
- Freud, S. "Psicología de las masas y análisis del Yo", 1921, OC, Bib. Nueva 3:2563-2603
- "El malestar en la cultura", 1930, OC, Bib. Nueva 3:3017-3067
- Goodwin, JS, Hunt, WC, Key, CR, Samet, JM. The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients. *JAMA*, 1987, 258 (21): 3125-3130
- House, JS, Lands, KR, Umberson, D. Social relationships and health. *Science*, 1988, 241(4865): 540-545
- Ingratta, RR, Zukerfeld, RZ, Medilesky, M, Rapaport, M, Sanchez Negrete, G, Intebi, AD. Psychological aspects and traumatic life events in osteoporosis. *The Endocrine Society, 80th Annual Meeting*, 1998, New Orleans
- Spiegel, D, Sephton, SE., Terr, AI, Sities, DP. Effects of psychosocial treatment in prolonging cancer survival may be mediated by neuroimmune pathways. *Annals New York Academy of Sciences*, 1997, 674:683
- Yalom, ID. "The theory and practice of group psychotherapy". Basic Books, New York, 1985
- Zukerfeld, R. "Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica". Paidós, Bs. As., 1996
- , Zonis de Zukerfeld R. Vulnerabilidad somática, red vincular, calidad de vida y psicoanálisis actual. *Rev. Instituto Psicosomático de Buenos Aires*, 1998, 5,5: 119-148



Centro Psicopatológico Aranguren

Casa de Medio Camino y Hostal

*Desde 1989 a la vanguardia en el tratamiento de la salud mental,
con un programa estructurado de rehabilitación psiquiátrica
y reinserción social.*

Director: Dr. Pablo M. Gabay

**Paysandú 661 - (1405) Buenos Aires - Argentina
Teléfono (54) 4431-6396**



Estela Pereda
"Visión ecologista con ángel"
Óleo papier maché y transfer sobre tela
1996
140x140 cm.



Rehabilitación y reinserción social en Salud Mental Perspectivas internacionales

Coordinación e Introducción Pablo M. Gabay

*Poco se logrará de aquellos de quienes poco se espera.
F N Watts & DH Bennett, 1983.*

El tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con patología mental en el seno de la comunidad no son patrimonio del siglo XX (12). En la cultura griega el alienado era una especie de renegado; se tenía la idea de polución, por la cual se consideraba al enfermo mental contaminado y con posibilidad de contaminar a otros y, así, la enfermedad mental provocaba vergüenza y humillación en el paciente y su familia (23). Por ello utilizaban rituales de reincorporación a la comunidad: la catarsis (16) y las Korymbantes (grupo que se reunía regularmente para una danza curativa y una ceremonia de trance) (23).

En la Edad Media, los individuos que presentaban síntomas psicóticos podían vagar por su aldea y se los aceptaba como miembros naturales de la comunidad o permanecían en su casa al cuidado de su familia extendida o de sus vecinos. Sólo

los inmanejables eran llevados a cárceles y mazmorras de por vida (25). K. Leonhard menciona el documento más antiguo que se posee sobre el tratamiento de los alienados por el trabajo (21): las reglas dictadas por don Miguel de Escartín, obispo de Lérida (1723), por encargo de Felipe IV, " (...) porque entendemos que hay mucha necesidad de que se tenga particular cuidado en la curación de los locos y, siendo enfermos como los demás, es justo de que se apliquen los remedios necesarios".

Los cambios efectivos en el tratamiento psiquiátrico comenzaron luego de la Revolución Francesa, cuando Philippe Pinel, considerado el fundador de la psiquiatría (16; 20), liberó a los alienados encadenados y transformó a los asilos en sitios más dignos, instituyendo el tratamiento moral, basamento de la rehabilitación pues reconocía el valor terapéutico de tener una actividad estructurada (1; 2; 6; 9; 16; 21). Tam-

bién fueron obras de Pinel el inicio de la enseñanza diferencial por Jean Itard y la creación de la primera escuela de rehabilitación para retrasados mentales en La Salpêtrière (6; 16).

Este tratamiento moral -incluyendo los conceptos de non-restraint y de medio ambiente del paciente- es un concepto de tratamiento total que refleja los cambios del punto de vista de la sociedad sobre la enfermedad mental. William Tuke en Gran Bretaña, Fricke en Alemania y Benjamin Rush en E.E.U.U. tomaron estas ideas para la asistencia y rehabilitación de los alienados (1; 5; 20; 25).

Esto llevó, durante el siglo XIX, a intentos de reintegración del paciente a la vida social. En Alemania, con Wilhem Griesinger, resurgió la idea de que los pacientes debían ser cuidados en sus comunidades. Griesinger también diferenció dos tipos de pacientes incurables: los que no podían vivir sino en asilos y los que, pese a sus síntomas, podían vivir en la comunidad, con internaciones breves durante las crisis. También opinaba que la familia debía dar su apoyo al enfermo y este debía reintegrarse a la misma (25).

Paralelamente, y en la vereda opuesta, la psiquiatría tomó el término "crónico" de la clínica médica y colocó sus concepciones en el molde de las patologías neurológicas siguiendo el modelo de pensamiento científico naturalista. El encierro de los pacientes en los asilos confirmó su marginalidad, ocasionada por su doble pérdida: de la razón y de la capacidad productiva (8).

En el siglo XX la rehabilitación psiquiátrica comenzó asociada con la rehabilitación física. El énfasis inicial se hacía sobre el funcionamiento vocacional y se centraba en los discapacitados físicos. Así, el impulso dado a la rehabilitación física luego de las dos guerras mundiales, con intentos de modificar y contrarrestar la discapacidad perfeccionando otras aptitudes, propició el interés en las necesidades del paciente en todas las áreas de su vida (4; 7; 16; 26).

La moderna rehabilitación de las enfermedades mentales terminó de concretarse en la década de 1950 "con una verdadera revolución en el campo de la psiquiatría, que no ha sido sólo farmacológica sino también social" (8): la aparición del primer neuroléptico (clorpromazina) y el desarrollo de los psicofármacos, que llevaron a hacer casi desaparecer la agitación y la peligrosidad de los enfermos, hicieron que los pacientes fueran más capaces de ocuparse de sí mismos y permitieron "restituir las redes de pertenencia social esenciales a la humanidad de los seres humanos" (8; 26).

Gracias a ellos se reactualizaron el concepto de *exteriorización precoz* y el valor de la *rehabilitación laboral*, que contrarresta la pérdida del autovalimiento y de la autonomía. También se popularizaron *terapias grupales*, el *psicodrama* y la *psicología social*, el *psicoanálisis con orientación sociológica y culturalista* (E. Fromm, K. Horney, H.S. Sullivan, en E.E.U.U.), las *comunidades terapéuticas* de Maxwell Jones (en Gran Bretaña) y otras técnicas institucionales en Francia (Sivadon, Tosquelles y Daumezon) (21).

El movimiento de Salud Mental comunitaria de la década de 1950 y comienzos de la de 1960 trajo un concepto básico nuevo: las personas con una enfermedad importante deben ser ayudadas a mantenerse en la comunidad de la mejor forma posible. Esto trajo como necesidad concomitante la *reubicación* de los pacientes y resaltó la importancia de la *adaptación mutua* de los individuos discapacitados y los sanos, dentro y fuera de la familia (4; 7).

Como consecuencia se abrieron centros comunitarios y enfermos y no profesionales instalaron clubes de *autoayuda psicossocial*. Los primeros fueron la Fountain House en Nueva York y la Horizon House en Filadelfia. A partir de ellos nacieron centros de *rehabilitación psicossocial* (17). Estos nuevos enfoques limitaron la importancia del hospital-asilo.

La legislación promovida por J. F. Kennedy en el Congreso de EE.UU. propició el desarrollo de la *psiquiatría comunitaria*, con el acento en los aspectos epidemiológicos y sanitarios. G. Caplan, en su libro "Principios de psiquiatría preventiva", desarrolló el concepto de los tres niveles de prevención, incluyendo a la *rehabilitación en el terciario* (17; 21).

Concomitantemente se dio valor al *adiestramiento ocupacional*. Se intentaba adaptar al paciente, con sus capacidades e incapacidades, al mundo real. Los programas de trabajo industrial demostraron la posibilidad de dar empleo a los enfermos mentales y se efectuaron programas para la *inserción laboral*. Se puso énfasis en tratar a los pacientes cerca de sus familias y de sus marcos laborales (National Institute of Health, EE.UU., 1977) (17).

La experiencia italiana (1978) fue exitosa cuando se hizo gradualmente y se desarrollaron simultáneamente servicios comunitarios y hospitalarios (7). En el caso de Venecia, luego del cierre de los asilos, el 62% de los pacientes volvió a vivir con sus familias, a una vivienda propia o a una residencia comunitaria con otros ex-pacientes (11).

La *discapacidad psiquiátrica* representa 2/5 del total de la *discapacidad mundial global*, según la O.M.S., y afecta, especialmente, a gente joven (22). Tal como afirman Freedman et al. (12): "Muchos pacientes esquizofrénicos crónicos son rehospitalizados más como resultado de sus capacidades sociales y vocacionales inadecuadas que a causa de su psicopatología. A menudo se encuentran con problemas para obtener un empleo y, una vez conseguido, experimentan problemas para llevar a cabo adecuadamente su labor debido a sus pobres habilidades vocacionales y sociales y a la falta de motivación. Para estas personas, los esfuerzos de rehabilitación tienen especial importancia". Así, para el trabajo de rehabilitación la *capacidad remanente* es más importante que el diagnóstico psiquiátrico. La calidad de vida que logre el sujeto dependerá más del trastorno cognitivo y de la *sintomatología negativa* de la enfermedad que de la positiva.

La llamada *desmanicomialización* significa *rehabilitar y resocializar* a los pacientes de manera que puedan reintegrarse a su comunidad y que dicha comunidad pueda contenerlos, tolerando y acompañando las limitaciones que ellos presentan. Es posible observar, a lo largo de la historia de la humanidad, la presencia del estigma desde el origen griego de la palabra hasta su influencia actual sobre la *reinserción social* de los pacientes. En general, en los medios de comunicación masiva, los enfermos mentales son presentados como peligrosos y, además, se remarca cuando los sujetos peligrosos son también enfermos mentales, relacionando ambos hechos; de esta manera se mantiene un antiquísimo prejuicio acerca de la *enfermedad mental*. (10). La "enfermedad mental" es una de las situaciones más altamente rechazadas, (agrupándose con la adicción a drogas, la prostitución y el estado de ex-convicto) tanto por el público en general como por los mismos pacientes y sus familiares; las actitudes negativas de los pacientes con su propia enfermedad afectan seriamente su vida: sus creencias personales de *devaluación y discriminación* hacia los enfermos mentales se convierten en una expectativa personal de rechazo y adoptan estrategias de *evitación*. De este modo, su red de sostén se reduce casi exclusivamente a su grupo convivente (18).

Acorde con estos prejuicios, la *idea popular generalizada* es que los manicomios son instituciones en las que se abandona a los pacientes psiquiátricos, privándolos de estímulos positivos y limitándose a proveerles *medicación* que los deje relativamente tranquilos mientras vagan con la mirada perdida. Si bien esto no responde a la realidad actual, aún no se ve representado en el imaginario popular ni en el de muchos profesionales que, desconociendo los cambios operados en los asilos, forman a la opinión pública. Esto implica que el trabajo de rehabilitación no debe enfocarse únicamente sobre los pacientes sino también sobre la comunidad (10).

En el otro extremo, hay quien parece pensar que "desmanicomializar" es cerrar los hospitales psiquiátricos y obligar a los pacientes a sobrevivir como puedan en la comunidad. El verdadero problema de la *exteriorización* es que, muchas veces, el deterioro provocado por la enfermedad no les permite a los pacientes la vida en la comunidad;

en otros casos, no tienen a dónde ir ni familiares a los que recurrir, pues sus lazos sociales se han roto, han perdido su lugar en la comunidad y no pueden procurarse uno nuevo per se. Los enfermos mentales graves presentan una discapacidad neuropsicológica que les impide vivir por sus propios medios sin una rehabilitación previa que acentúe sus capacidades remanentes y compense sus dificultades. Para ellos son de enorme importancia las instituciones intermedias, que les permiten ir adquiriendo las destrezas necesarias para ser autoválidos en una comunidad que los estigmatiza y los margina.

Aún llevándola a cabo y logrando mejorías importantes, sus problemas mentales serán incurables y dejarán secuelas; muchos no lograrán reinsertarse nunca a causa de sus discapacidades. El triste espectáculo de los homeless en los EE.UU., un gran porcentaje de los cuales está formado por ex-pacientes de hospitales psiquiátricos, es una clara muestra de que ciertas actitudes, tomadas en forma aislada y sin un contexto que las sostenga, conducen al fracaso de las mejores intenciones. "La libertad que poseen es la de vivir y morir en la miseria total y en la soledad más absoluta" (24).

En palabras de JA Talbott, Presidente de la American Psychiatric Association: "La desinstitutionalización no fue un desastre universal -para muchos fue humano y exitoso. Pero cualquier programa que perjudica a una cantidad significativa [de individuos], aún ayudando a otros, debe proveer una red de seguridad para aquellos para los cuales no es exitoso. Como sociedad que se preocupa, no podemos hacer menos. [...] No será una tarea fácil, pero es una tarea esencial" (24).

Los programas de rehabilitación facilitan a los pacientes la transición hacia la externación, evitan su aislamiento, les ayudan a preservar su inserción familiar, social y comunitaria y aseguran la continuidad de los tratamientos, contribuyendo a evitar las reinternaciones, recaídas y empeoramientos a que conduce la tan frecuente suspensión de aquellos. Todo ello disminuye los costos de salud, tanto para los estados como las familias, y permite lograr la reinserción social del paciente con autogestión (prevención terciaria), dentro de las posibilidades de cada individuo en particular.

"La controversia sobre los hospitales [psiquiátricos] del Estado no ha muerto (...), los expertos aprecian aún su valor para los pacientes, su pertenencia al seno del sistema más grande de cuidados y su viabilidad en general (...). Continúan ocupando, en general, como resultado de

su multifuncionalidad, un lugar crítico en los sistemas de cuidados. Se deben llevar a cabo renovados esfuerzos para integrarlos como socios completos dentro de aquellos sistemas [comunitarios]" (3).

Todos estos temas se encuentran en discusión en nuestro país hoy en día. Para poder comenzar a ofrecer un panorama de la situación de la rehabilitación y reinserción social de los pacientes en otros países que ya llevan camino recorrido es que hemos convocado para este Dossier a especialistas con muchos años de trabajo en estos temas. Por razones de oportunidad y similitudes culturales entre ellos, hemos seleccionado autores de EE.UU., Canadá y Francia; con la intención, en próximas ediciones, hacer lo propio respecto de otras importantes iniciativas como las de Italia, España, Holanda y algunos países de América Latina.



Volviendo a esta entrega, cabe hacer algunos comentarios. El Dr. Corrigan resalta la importancia de la discriminación como generadora de patología en los individuos; el Lic. Lecomte muestra la evolución de los servicios de Salud Mental en Montreal y los Dres. Robitaille, Lesage y Morissette relatan como funciona el sistema de trabajo que utilizan en esa misma ciudad. Por su parte, Lourdes Rodríguez del Barrio nos ilustra sobre las dificultades a vencer para efectivizar la rehabilitación de pacientes en Salud Mental.

Los aspectos económicos de esta problemática también tienen gran peso. Con

los tratamientos tradicionales, luego de la primer descompensación, los esquizofrénicos pasan del 15 al 20% del tiempo de vida que les queda internados (15). Esto provoca grandes costos a los sistemas de salud. En Madrid, los trastornos mentales consumen el 20% del costo de tratamientos ambulatorios y el 74% de las internaciones psiquiátricas anuales está compuesto por reinternaciones (síndrome de la puerta giratoria) (5). En Alemania Occidental, el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos representó en 1990 un gasto de 7.000.000.000 de dólares al año (15); en los Estados Unidos insumió 32.000.000.000 de dólares en el mismo año, representando el 22% de los costos totales en salud mental y el 2,5% del costo total de salud de ese año (14). Por ello, el Lic. Schweiger nos da su visión desde el punto de vista de los economistas.

La discusión no está cerrada sino que recién comienza. Es deseable que los interlocutores encuentren puntos de coincidencia que permitan un rápido avance en la dilucidación de estos temas, por el bien de los pacientes y de la comunidad toda ■

Bibliografía

1. Ackerknecht EH, *Breve historia de la psiquiatría. 2a. Edición, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Bs. As., 1964.*
2. Agüero AL, *La introducción de las ideas de Pinel en la Argentina. Todo es historia, 246:76-96, 1987.*
3. Bachrach L L. *L'état des hopitaux psychiatriques publics aux Etats-Unis en 1996. Santé Mentale au Québec, 22(2):33-52, 1997.*
4. Bhagat A, Prasad A, Padankatti B. *A half-way house for schizophrenic patients. International Journal of Rehabilitation Research, 14:340-343, 1991.*
5. Blanco de la Calle A, Pastor Martínez A. *en Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos, Rodríguez A (Comp.), Ediciones Pirámide, Madrid, 1997)*
6. Brinzendine L, *The Devon Asylum: a brief history of the changing concept of mental illness and asylum treatment en Fink PJ y Tasman A (Eds.) Stigma and mental illness, American Psychiatric Press, Washington, 1992.*
7. Burti L, Yastrebov VS, *Procedures used in rehabilitation en Sartorius N, De Girolamo G, Andrews G et al. (Eds.) World Health Organization - Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. American Psychiatric Press, Washington-London, 1993.*
8. Conti NA, *La externación en un servicio de crónicos, no publicado, 1998.*
9. Cabred D, *Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2(3):62-66, 1991.*
10. Dubin WR y Fink PJ, *Effects of stigma on psychiatric treatment, en Fink PJ y Tasman A (Eds.) Stigma and mental illness, American Psychiatric Press, Washington, 1992.*
11. Fiore M, Galante S, Harter M et al. *Die Dehospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig. Psychiat. Prax., 18:30-35, 1991.*
12. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. *Tratado de psiquiatría. Salvat, Barcelona, España, 1982.*
13. Geller JL, Fisher WH, *The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. Am J Psychiatry, 150(7):1070-1076, 1993.*
14. Glazer W, *J Clin Psychiatry 15 (2) :22-23, 1997.*
15. Kissling W [Ed.], *Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia, Springer Verlag, Berlin, 1991.*
16. Lardies González Julio. *Historia de la psiquiatría universal. Visión sinóptica. Editorial Promedici-na, Buenos Aires, 1991.*
17. Liberman RP. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Ediciones Martínez Roca, Barcelona, 1993.*
18. Link BG, Cullen FT, Mirotznik J et al. *The consequences of stigma for persons with mental illness: evidence from the social sciences, en Fink PJ y Tasman A (Eds.) Stigma and mental illness, American Psychiatric Press, Washington, 1992, p. 91-95.*
19. Odoul P, Weil D. *La maison a mi-chemin. Nervure 5(5):46-50, 1993.*
20. Papp D y Agüero AL. *Breve historia de la medicina. Editorial Claridad, Buenos Aires, 1994.*
21. Phillpot E, *Rehabilitación laboral de enfermos mentales, en Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. Secretaría de Salud, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1994.*
22. Sartorius N et al. (Eds.), *World Health Organization. Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. American Psychiatric Press, Washington, 1993.*
23. Simon B, *Shame, stigma and mental illness in Ancient Greece, en Fink PJ y Tasman A (Eds.), Stigma and mental illness, American Psychiatric Press, Washington, 1992.*
24. Talbott JA, *Foreword, p.XV, en Lamb HR (Ed.), The Homeless Mentally Ill. A task force report of the American Psychiatric Association, American Psychiatric Association Washington, 1984.*
25. Volmer C, Portas A, Tórtora G. *El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Evaluación de las experiencias europeas y norteamericanas. Posible aplicación en la ciudad de Buenos Aires. ALCMEON, 5(18):158-169, 1996.*
26. Watts FN y Bennett D. *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. Ediciones Noriega-Limusa, México, 1990.*

Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica.

Patrick W. Corrigan, Psy D

University of Chicago Center for

Psychiatric Rehabilitation 7230 Arbor Drive, Tinley Park, IL 60477; tel 708 614-4770; fax
708 614-4780; e-mail pcorrigan@mcis.bsd.uchicago.edu

Las enfermedades mentales severas, como la esquizofrenia y la enfermedad maníaco-depresiva, hieren con un arma de doble filo. Por un lado, las personas con enfermedad mental deben enfrentarse con los problemas interpersonales y de autocuidado debidos a la enfermedad biológica y sus síntomas resultantes. Por el otro, deben soportar el estigma y la discriminación sociales, que no les permiten gozar de muchas de las oportunidades de la sociedad. La rehabilitación psiquiátrica provee un paradigma que se dirige a ambas causas de la discapacidad psiquiátrica. La rehabilitación provee tanto de tecnología para enseñar a las personas cómo arreglarse con su enfermedad así como de recursos y oportunidades para superar la discriminación. La rehabilitación en sentido amplio debe integrar ambos enfoques para ser completamente útil a los consumidores(*). Antes de revisar las estrategias de rehabilitación que facilitan ambos objetivos voy a re-

pasar las evidencias que apoyan la afirmación de que la mala calidad de vida experimentada por las personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales puede ser atribuida a ambas causas: la enfermedad y la discriminación.

De la enfermedad biológica a la mala calidad de vida

Los modelos de enfermedad mental severa han sido relativamente bien descritos en la bibliografía de investigación. Los eventos biológicos, incluyendo la herencia genética (4) y el daño intrauterino (63,65) producen vulnerabilidad a la enfermedad. Esta vulnerabilidad se combina con el estrés de los eventos significativos de la vida para producir síntomas psicóticos, síntomas del estado de ánimo o un síndrome deficitario (por ejemplo, función social disminuida) a finales de la adolescencia o en la vida adulta temprana (7, 66). Más aún, los déficits interpersonales y cognitivos sutiles que

se producen en la niñez y a fines de la adolescencia les impiden, a muchas personas con enfermedades mentales severas, aprender las habilidades sociales e instrumentales que los pueden ayudar, tanto a protegerse de los estresores vitales como con las necesidades de una vida independiente. (38)

Las personas que están atormentadas por síntomas psiquiátricos y la falta de habilidades sociales pronto encuentran que no tienen una red social de apoyo. Pocas personas quieren ser sus amigos o ayudarlos con sus problemas (45). Como resultado, muchas personas con enfermedades mentales severas no logran roles sociales apropiados a la edad; por ejemplo, no terminan la escuela, no tienen una profesión u oficio, no se casan ni establecen un hogar en forma independiente (17, 18). Las personas con estas pérdidas refieren tener una mala calidad de vida y falta de satisfacción generalizada respecto de la gama de experiencias que componen la existencia cotidiana.

Sumario

Las discapacidades de la enfermedad mental severa están causadas por dos factores independientes: los efectos de la enfermedad biológica y el impacto de la discriminación social. Los programas de rehabilitación dirigidos a personas con discapacidad psiquiátrica deben ocuparse de ambas causas. La evaluación de metas, el entrenamiento en habilidades, el apoyo instrumental y la administración de medicación son los servicios de rehabilitación esenciales necesarios para enfrentar los aspectos de la discapacidad originados en la enfermedad. El estímulo de los consumidores, la oferta de oportunidades y el apoyo interpersonal son los servicios necesarios para enfrentar la discriminación. Se discuten los factores que socavan un enfoque integrado de estas perspectivas de enfermedad y discriminación.

Palabras clave: Discapacidad psiquiátrica - Enfermedad y discriminación - Servicios de rehabilitación

DISEASE AND DISCRIMINATION: ADDRESSING THE TWO CAUSES OF PSYCHIATRIC DISABILITY

Summary

The disabilities of the severe mental illness are caused by two independent factors: the effects of the biological illness and the impact of the social discrimination. Rehabilitation programs that serves persons with psychiatric disability must address both causes. Goals assessment, skills training, instrumental support and medication management are the essential rehabilitation services needed to address the disease aspect of disability. Empowering consumers, providing opportunities and the interpersonal support are the services needed to address discrimination. Factors that undermine an integrated approach to disease and discrimination perspectives are discussed.

Key words: Psychiatric disabilities - Disease and discrimination - Rehabilitation services

Los resultados de las investigaciones sugieren la siguiente cadena causal:

Inicio biológico de la enfermedad → síntomas psiquiátricos → fracaso en aprender habilidades sociales → pérdida de red de sostén → fracaso en alcanzar los roles sociales → mala calidad de vida.

Admito que este es un modelo sobresimplificado; mucho más que probablemente, un análisis del recorrido desde la enfermedad biológica a la mala calidad de vida tendría múltiples canales y vías de retroalimentación. Sin embargo, el punto esencial es que la rehabilitación, combinada con una administración juiciosa de la medicación, necesita ser dirigida a los síntomas, las habilidades sociales, el apoyo interpersonal y el logro de roles para mejorar la calidad de vida de una persona.

Del estigma social a la mala calidad de vida

Un modelo de discriminación o estímulo en las enfermedades mentales severas produce un cuadro diferente de qué causa la mala calidad de vida. Quienes proponen un modelo de discriminación saben que los agentes biológicos pueden causar diversos síntomas psiquiátricos; la combinación de síntomas psiquiátricos y vulnerabilidad a la enfermedad puede, en última instancia, conducir a una disminución de las habilidades sociales y las redes de sostén (21). Sin embargo, las concepciones erradas sobre esos síntomas y la "enfermedad" que acarrearán tienen un efecto igualmente dañino sobre el funcionamiento social y el logro de roles (27, 40,58). El estigma social y la discriminación interfieren con las oportunidades necesarias para alcanzar las metas de la vida.

Varios temas se repiten en las actitudes estigmatizantes. Los análisis de las imágenes de la enfermedad mental presentadas en películas y publicaciones de los EE.UU. en los medios de comunicación muestran tres concepciones erradas comunes: las personas con enfermedad mental son maníacos homicidas que deben ser temidos; tienen percepciones infantiles del mundo que deberían admirarse; o son espíritus rebeldes, libres que no se preocupan

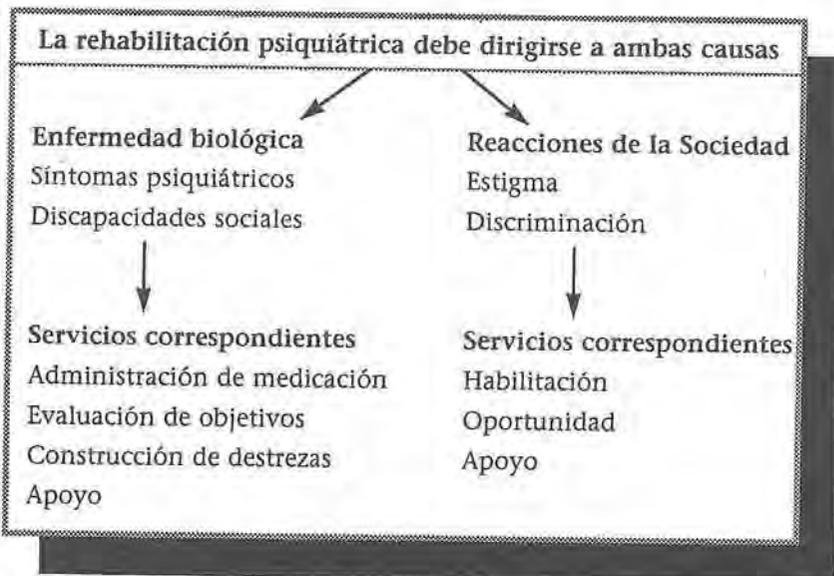
por su mundo (25,28,33,44,67). Las actitudes estigmatizantes parecen estar extendidas, al menos en el mundo occidental. Los estudios sugieren que los ciudadanos de la mayoría de las naciones occidentales avalan las actitudes estigmatizantes sobre la enfermedad mental (8,14,30,31,39,41,54,56).

Los efectos del estigma y de las concepciones erradas sostenidas comúnmente llevan a la discriminación social. A causa de que el público no comprende el impacto de la enfermedad mental severa y frecuentemente teme a las personas con esos desórdenes, los miembros de la sociedad les impiden varias oportunidades diarias. Los resultados de la investigación sugieren, por ejemplo, que los ciudadanos son menos proclives a contratar a personas etiquetadas como enfermos mentales (12,26,39), menos proclives a alquilarles departamen-

una sociedad estigmatizante. La administración de medicación y el entrenamiento en habilidades, solamente, son insuficientes para enfrentar el impacto de la sociedad sobre la persona. Los programas de rehabilitación también deben incorporar estrategias que alienten a las personas y les provean de oportunidades para las cuales tienen derechos.

La rehabilitación debe dirigirse a la enfermedad y a la discriminación

La integración de los enfoques de enfermedad y de discriminación para las enfermedades mentales severas se resume en la Figura 1. Como se sugiere en esta figura, los programas de rehabilitación necesitan combinar estrategias que enfrenten ambas causas de la discapacidad, tanto la enfermedad como la discriminación. Desafortunada-



tos (1,51,42) y más proclives a acusarlos falsamente por crímenes violentos (60,61). Así, el fracaso en lograr roles sociales, experimentado por muchas personas con enfermedad mental severa, se debe tanto a las injusticias del estigma social como a los efectos de la biología.

Estas evidencias conducen también a una cadena causal simple:

Comienzo biológico de la enfermedad → síntomas psiquiátricos → estigma social y discriminación → pérdida de oportunidades sociales → mala calidad de vida

El modelo de discriminación sugiere que la mala calidad de vida es el resultado de la pérdida de poder que sienten las personas a causa de

mente, esta integración ha sido difícil de lograr. Más comunes son las ruidosas discusiones que toman una perspectiva con exclusión de la otra. Los modelos médicos son predominantes en algunos medios; por ellos se ha argumentado que los paradigmas biológicos pueden explicar adecuadamente el curso de la enfermedad mental severa y que el cuidado completo es principalmente farmacológico (42). Los modelos de discriminación han desarrollado como una reacción adversa; la creencia de que el establishment médico es fundamentalmente parte del problema de la discriminación (por ej., los médicos le quitan a las personas el control so-

bre su propio tratamiento) y deberían ser reemplazados por programas de autoayuda donde el poder y la oportunidad queden en manos de las personas con enfermedad mental (15,58). Estos enfoques dispares y opuestos para comprender y ayudar con la discapacidad psiquiátrica socavan un abordaje integrado de la rehabilitación.

¿Por qué ha sido tan difícil lograr una integración de enfoques? Una razón podría ser que los modelos de enfermedad y discriminación representan paradigmas contrarios de la discapacidad psiquiátrica (21). Los paradigmas son estructuras de conocimiento que gobiernan la forma en que comprendemos los fenómenos; abarcan las hipótesis básicas y la epistemología que definen un objeto de estudio (34,57). Los componentes extremos del modelo de enfermedad proponen modos de controlar la enfermedad mental severa de una manera que difiere significativamente del punto de vista del modelo de discriminación. Además, esas diferencias extremas entre modelos pueden oscurecer lo que tienen en común y socavar la comunicación entre los puntos de vista. Se presentan aquí dos ejemplos de diferencias entre paradigmas.

1- Diferencias en las suposiciones fundamentales. Los elementos del paradigma de enfermedad implican un punto de vista normativo, casi ético, sobre la comprensión de y el actuar sobre el comportamiento humano. A saber, hay formas de actuar apropiadas (p. ej., funcionales y asintomáticas) y conductas inadecuadas (disfuncionales y sintomáticas). El comportamiento inapropiado es el objeto del cuidado psiquiátrico y puede ser definido en términos del promedio estadístico, normas sociales o códigos de comportamiento establecidos.

A la inversa, el modelo de discriminación y estímulo ve a la discapacidad psiquiátrica como uno de los muchos componentes de la persona como un todo (3). Los que proponen este paradigma podrían acordar que es esencial una intervención agresiva para enfrentar las secuelas del trastorno biológico. Sin embargo, el erradicar algunos aspectos de la discapacidad puede disminuir la integridad de la persona. Esto no significa que las personas con enfermedad mental severa deberían ignorar a la medicación psicotrópica que puede mejorar sus oportunidades y calidad de vida. Sin embargo, algunos comportamientos "anor-

males" permanecen impenetrables a las influencias de la rehabilitación. La tarea del individuo discapacitado es conocer y aceptar esta parte de sí mismo.(48)

2- Diferencias en la naturaleza del cuidado. Los que proponen el modelo de enfermedad ven a las personas con enfermedad mental severa como pacientes y a los que proveen el tratamiento como expertos (20,46). Aunque este grupo puede preocuparse por la experiencia del paciente sobre su desorden, la comprensión profesional de la enfermedad es vista como primordial. Los psiquiatras, psicólogos y otros profesionales saben mejor cómo tratar los problemas asociados con la enfermedad mental severa.

Los que proponen el modelo de la discriminación creen que las personas con enfermedad mental severa son consumidores de cuidados (27,23). Como consumidores, las personas con enfermedad mental severa tienen la responsabilidad principal por la toma de decisiones. Los consumidores pueden examinar a los profesionales con respecto a los servicios disponibles y seleccionar aquellos que responden mejor a sus necesidades. Por lo tanto, los proveedores de cuidados deben evaluar las necesidades de los consumidores y desarrollar programas que respondan a esas necesidades (13,19).

La mayor tensión en la provisión de cuidados se produce cuando los profesionales (que adhieren a un modelo de enfermedad) están en desacuerdo con los consumidores (que adhieren a un paradigma de discriminación y estímulo) sobre un programa de tratamiento individual. En esta situación, los profesionales de la salud mental pueden pensar plausiblemente que el desacuerdo resulta de la incapacidad del paciente para comprender la enfermedad; los profesionales pueden usar su autoridad legal para indicar el tratamiento (47,64). Los partidarios de los consumidores se encolerizan ante la idea de que las personas no puedan decidir las indicaciones de su propio tratamiento y luchan con fuerza contra las reglas de internación (27). Resolver estas posiciones polarizadas es muy difícil.



Servicios que comprende la rehabilitación psiquiátrica integrada

Los paradigmas no necesitan ser mutuamente exclusivos ni quienes los proponen deben estar en oposición activa entre sí (57). Los paradigmas de enfermedad y discriminación coinciden en muchas áreas, incluyendo la prioridad del tratamiento individualizado y el objetivo de la independencia a través de intervenciones activas (5,21). Muchas de las diferencias entre enfermedad y discriminación representan realmente distintos puntos del mismo continuum más que categorías cualitativamente diferentes. La Figura 1 hace una lista de varios servicios específicos que son necesarios para abarcar un enfoque integrado de la rehabilitación.

Estrategias para enfrentar las discapacidades debidas a la enfermedad

La rehabilitación dirigida a las discapacidades relacionadas a la enfermedad comienza con una evaluación cuidadosa de las metas: ¿Qué quiere lograr la persona (2)? En parte, esto requiere de una capacidad de escucha reflexiva, de modo tal que el consejero pueda ayudar a las personas a escucharse acerca de cuáles son sus intereses. Los consejeros siguen este proceso educando a las personas acerca de la gama de oportunidades que pueden ser el objetivo de sus metas (18). Por ejemplo, algunas personas pueden no conocer las oportunidades profesionales potenciales de su comunidad. La educación sobre esas opciones los ayudará tremendamente. Además, los consejeros pueden ayudar a las personas a considerar los costos y beneficios de metas específicas. Por ejemplo, considerar las ventajas y desventajas de un trabajo de oficina versus trabajar como carpintero puede ayudar a una persona a elegir metas competitivas.

Algunas veces, las personas son incapaces de lograr sus objetivos debido a que carecen de habilidades sociales y de manejo importantes. Las estrategias de entrenamiento en destrezas ayudan a las personas con esquizofrenia a aprender esas destrezas. Los consejeros que

conducen las sesiones de entrenamiento en destrezas usan diversas actividades de aprendizaje (como modelar una destreza, ensayarla, proveer información sobre el resultado *-feedback-*, asignar una tarea para el hogar) para ayudar a las personas a adquirir una variedad de habilidades (destrezas sociales como conversación básica, afirmación y resolución de problemas; habilidades de autocuidado como higiene personal, manejo del dinero y transporte en la comunidad; y habilidades como el manejo de la depresión y el estrés) (37). Los resultados de las investigaciones han mostrado que los programas de entrenamiento tienen un impacto significativo sobre los síntomas, el funcionamiento social y la calidad de vida. (22,53).

Frecuentemente, las personas con enfermedad mental severa necesitan apoyo instrumental de otros para lograr sus metas. Los resultados de las investigaciones sugieren que una forma de manejo de caso y tratamiento comunitario de afirmación ayudó a la mayoría de las personas con esquizofrenia a permanecer fuera del hospital y vivir exitosamente en su comunidad (50,62). Las personas que pueden apoyarse en los equipos de apoyo para ayudarlos a efectuar compras, en el manejo de las finanzas y a enfrentar preocupaciones de recreación están más capacitadas para manejar sus síntomas psiquiátricos y lograr roles sociales. Los resultados también han mostrado que el apoyo interpersonal provisto en el medio laboral ayuda a muchas personas con enfermedad mental a obtener y mantener trabajos competitivos (11).

El manejo de la medicación también es una parte importante del tratamiento de la enfermedad psiquiátrica. La rehabilitación tiene un papel central en este servicio educando a las personas sobre los efectos principales y secundarios de la medicación psicotrópica (35,36). El consumidor informado está más capacitado para colaborar con el psiquiatra en el manejo de los regímenes de medicación.

Estrategias para enfrentar las discapacidades debidas a la discriminación

El estigma y la discriminación

causan dos problemas: les quitan a las personas el poder sobre sus vidas (así como su tratamiento) y les roban oportunidades para vivir, trabajar, y recrearse en la comunidad de personas (18). La rehabilitación psiquiátrica precisa ayudar a las personas con discapacidad a recuperar estas pérdidas. Una forma de hacer esto es facilitando el sentido de aptitud personal del individuo. Los consumidores alentados tienen un sentimiento de autoeficacia y de autoestima positiva, tienen confianza de que pueden efectuar cambios en sí mismos y en su comunidad, y son optimistas acerca de su futuro (55).

Varias estrategias de rehabilitación diferentes fomentan el estímulo habilitación. En el nivel más básico, los programas de rehabilitación deberían examinar a los pacientes considerando los componentes apropiados del programa (29). ¿Qué servicios quieren los consumidores para lograr sus objetivos? Los programas de rehabilitación pueden decidir contratar *prosumers*** para facilitar este esfuerzo; los *prosumers* son personas que fueron consumidores de servicios y ahora los proveen en calidad de pares consejeros (49,59). Se supone que los *prosumers* tienen mejor contacto con las necesidades e intereses de los participantes en programas de rehabilitación.

Otros dos programas probados empíricamente -el club psicossocial y *Fairweather's Lodge* (La Posada del buen clima)- son buenos ejemplos de programas desarrollados y operados principalmente por consumidores.

Los clubes psicossociales, como la *Fountain House* (Casa de la fuente) en Nueva York y el *Threshold* (Umbral) en Chicago, se desarrollaron a partir de la insatisfacción de los consumidores con los programas de tratamientos dirigidos por profesionales. Las *casas-club* son fundamentalmente orientados por grupos, cuyos miembros deciden participar en varias unidades de trabajo que determinan los objetivos a corto plazo para el día; por ejemplo, limpiar la sala de reunión, planificar la fiesta de Navidad, o determinar la agenda para un grupo de abuso de sustancias.

Los resultados de la investigación sugieren que la participación en programas de este tipo reduce significativamente la hospitalización, ayuda a los miembros a encontrar trabajo, aumenta su independencia y es costo-efectiva (6, 9).

Otro modelo de programas desarrollados y operados por los consumidores fue brindado por *Fair-weather* (24). El creía que los síntomas y los déficits de las personas institucionalizadas disminuirían en gran medida si esos individuos eran alentados a cuidarse por sí mismos en un medio tipo posada. En esta clase de medioambiente, los consumidores se benefician del proceso de construir el consenso necesario para diseñar y mantener programas residenciales y vocacionales efectivos. Más aún, vivir y trabajar con pares refuerza el sentido de autoeficacia y autoestima.

Una forma importante de fomentar el estímulo es a través del apoyo de pares. Los programas de autoayuda han sido desarrollados por personas con enfermedad mental para dar apoyo a personas con enfermedad mental. Actualmente, la autoayuda es un nombre inapropiado: sugiere un carácter distintivo de duro individualismo allí donde las personas piden prestadas ideas para desempeñarse independientemente y apoyo de otros (32). La ayuda mutua es un término más apropiado que reconoce un elemento importante brindado por esos grupos: las personas se benefician ayudándose entre sí. Este tipo de asistencia se extiende más allá de compartir información sobre habilidades o formas de manejar el sistema de Salud Mental. La experiencia de dar y recibir ayuda a reforzar el sentido del individuo de un lugar en la comunidad y de bienestar general (43).

El estímulo y la autoayuda no son suficientes para recuperar las oportunidades perdidas de una sociedad estigmatizante. La rehabilitación psiquiátrica también debe buscar activamente y obtener las oportunidades a las que las personas tienen derecho. Esto puede significar que los programas de rehabilitación necesiten comprar casas en buenos vecindarios (16) y obtener empleos en el mercado competitivo (10). Además, los programas de rehabilitación respaldan leyes que apoyan

oportunidades de empleo y vivienda. Por ejemplo, la Ley de Americanos con Discapacidad en E.E.U.U. evita que las personas sean excluidas de los buenos empleos por discapacidad psiquiátrica. Estos esfuerzos combinados garantizan a las personas con enfermedad mental acceso a oportunidades de trabajo y de vivienda y no dependen de las dádivas de una comunidad a veces hostil.

Señalamientos a modo de conclusión

Las necesidades de las personas con enfermedad mental severa surgen de su lucha con la enfermedad biológica y de sus experiencias con una sociedad estigmatizante. Los programas de rehabilitación que aspiran a servir ampliamente a su clientela deben incluir estrategias y principios dirigidos a ambas causas. Algunas veces esta es una integración difícil dada la naturaleza de los distintos paradigmas. Sin embargo, los programas de rehabilitación comprometidos con servicios amplios y sensibles a las dificultades de paradigmas opuestos serán capaces de resolver los desacuerdos, cuando éstos surjan, y de proveer el mejor servicio para sus consumidores ■

* N. del T.: Término utilizado para designar a las personas que utilizan servicios de rehabilitación en Salud Mental.

** N. del T.: "prosumer" es una nueva palabra en el léxico psiquiátrico. Se refiere a un consumidor (CONSUMER) que PROvee servicios a otros consumidores.

Bibliografía

- 1- Alisky JM, Iczkowski KA. Barriers to housing for deinstitutionalized psychiatric patients. *Hosp. Community Psychiatry* 1990, 41: 93-95
- 2- Anthony WA, Cohen MR, Farkas M. Curriculum for the core disciplines for professional preservice training in working with the long-term mentally ill. In Johnson DL, Ed. *Service Needs of the Seriously Mentally Ill: Training implications for Psychology*. Washington, American Psychological Association, 1990
- 3- Anthony WA, Liberman RP. Principles and practice of psychiatric rehabilitation. In Liberman RP, Ed. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, p.1-29. New York, Macmillan, 1992
- 4- Asherson P, Mant R, McGuffin R.

- Genetics and schizophrenia. In Hirsch SR, Weinberger DR, Eds. *Schizophrenia*, p. 253-274. Cambridge, Blackwell Scientific Publications, 1995
- 5- Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am. J. Psychiatry* 1992, 149: 1455-1463
- 6- Beard JH, Malamud TJ, Rossman E. Psychiatric rehabilitation and long-term rehospitalization rates: The findings of two research studies. *Schizophrenia Bull.* 1978, 4: 622-635
- 7- Bebbington P, Wilkins S, Jones PB, Foerster A, Murray R, Toone B, Lewis S. Life events and psychosis: Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br. J. Psychiatry* 1993, 162: 72-79
- 8- Bhugra D. Attitudes Toward Mental Illness: A Review of the Literature. *Acta Psychiat. Scand.* 1989, 80: 1-12
- 9- Bond GR. The economic analysis of psychosocial rehabilitation. *Hosp. Community Psychiatry* 1984, 35: 356-362
- 10- Bond GR. Supported work as a modification of the transitional employment model for clients with psychiatric disabilities. In *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, p. 215-229. Columbia, International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1994
- 11- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 1997, 48: 335-346
- 12- Bordieri JE, Drehmer DE. Hiring decisions for disabled workers: Looking at the cause. *J. Appl. Soc. Psychol.* 1986, 16: 197-208
- 13- Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugh TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. *Psychol. Med.* 1987, 17: 971-981
- 14- Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *Br. J. Psychiatry*, 1993, 162: 93-99
- 15- Chamberlin J. *On Our Own: Patients-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York, McGraw-Hill, 1978
- 16- Chipperfield S, Aubry T. The supportive housing program in Winnipeg. In Anthony W, Spaniol L. Eds. *Readings in Psychiatric Rehabilitation*, p. 399-403. Boston, Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, 1994
- 17- Cohler BJ, Ferrono CL. Schizophrenia and the adult life-course. In Miller NE, Cohen GD. Eds. *Schizophrenia and Aging: Schizophrenia, Paranoia and Schizophreniform Disorders in Later Life*, p. 189-199. New York, Guilford Press, 1987
- 18- Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behav. Practice*, in press.

- 19- Corrigan PW, Buican B, McCracken S. The Needs and Resources Assessment for severely mentally ill adults. *Psychiatr. Serv.*, 1995, 46: 504-505
- 20- Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in treatment of schizophrenia. *Hosp. Community Psychiatry* 1990, 41: 1203-1211
- 21- Corrigan PW, Penn D. Disease and discrimination: Two paradigms that describe severe mental illness. *J. Ment. Health* 1997, 6: 355-366
- 22- Corrigan PW, Schade ML, Liberman RP. Social skills training. In Liberman RP, Ed. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, p 95-126. New York, Macmillan, 1992
- 23- Deegan PE. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosoc. Rehabil. J.* 1992, 15: 3-19
- 24- Fairweather GW. *Community Life for the Mentally Ill: An Alternative to Institutional Care*. Chicago, Aldine, 1969
- 25- Farina A. Stigma. In Mueser KT, Tarrrier N., Eds. *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* p. 247-279. Needham Heights, Allyn and Bacon, 1998
- 26- Farina A, Felner RD. Employment interviewer reactions to former mental patients. *J. Abnorm. Psychol.* 1973, 82: 268-272
- 27- Fisher DB. Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hosp. Community Psychiatry* 1994, 45: 913-915
- 28- Gabbard GO, Gabbard K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In Fink P, Tasman A., Eds. *Stigma and Mental Illness*, p.113-126. Washington, American Psychiatric Press, 1992
- 29- Goldsmith JB, McFall RM. Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients. *J. Abnorm. Psychol.* 1975, 84: 51-58
- 30- Greenley J. Social factors, mental illness, and psychiatric care: Recent advances from a sociological perspective. *Hosp. Community Psychiatry* 1984, 35: 813-820
- 31- Hamre P, Dahl A, Malt U. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Norwegian J. Psychiatry* 1994, 4: 275-281
- 32- Humphreys K, Rappaport J. Re-researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Appl. Preventive Psychol.* 1994, 3: 217-231
- 33- Hyler SE, Gabbard GO, Schneider I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: Stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp. Community Psychiatry* 1991, 42: 1044-1048
- 34- Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions*, 2nd ed. Chicago, University of Chicago, 1970
- 35- Liberman RP. Social skills training. In Liberman RP. Ed. *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington, American Psychiatric Press, 1988
- 36- Liberman RP Ed. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York, Macmillan, 1992
- 37- Liberman RP, DeRisi WJ, Mueser KT. *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York, Pergamon, 1989
- 38- Liberman RP, Spaulding W, Corrigan PW. Cognitive-behavioral therapies in psychiatric rehabilitation. In Hirsch SR, Weinberger D, Eds. *Schizophrenia* p.605-625. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1995
- 39- Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am. Sociol. Rev.* 1987, 52: 96-112
- 40- Link BG, Cullen FT, Struening EL, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *Am. Sociol. Rev.* 1989, 54: 400-423
- 41- Madianos MG, Madianou DG, Vlachonikolis J, Stefanis CN. Attitudes toward mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psychiat. Scand.* 1987, 75: 158-165
- 42- Marley JA. People matter: Client-reported interpersonal interaction and its impact on symptoms of schizophrenia. *Soc. Work* 1998, 43: 437-444
- 43- Maton KI. Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. *Am. J. Comm. Psychol.* 1988, 16: 53-77
- 44- Mayer A, Barry DD. Working with the media to destigmatize mental illness. *Hosp. Community Psychiatry* 1992, 43: 77-78
- 45- Meeks S, Murrell SA. Service providers in the social networks of clients with severe mental illness. *Schizophrenia Bull.* 1994, 20: 399-406
- 46- Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York, Plenum, 1987
- 47- Mills MJ. Civil Commitment of the mentally ill: An overview. *Ann. Am. Acad. Polit. SS.* 1986, 484: 28-41
- 48- Mosher L, Burti L. Relationships in rehabilitation when technology fails. *Psychosocial Rehabil. J.* 1992, 15: 11-17
- 49- Mowbray CT, Moxley DP, Thrasher S, Bybee D, McCrohan N, Harris S, Clover G. Consumers as community support providers: Issues created by role innovation. *Community Ment. Hlt. J.* 1996, 32: 47-67
- 50- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bull.* 1998, 24: 37-74
- 51- Page S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Can J. Behav. Sci.* 1977, 9: 85-90
- 52- Page S. Psychiatric stigma: Two studies of behaviour when the chips are down. *Can. J. Community Ment. Health* 1983, 2: 13-19
- 53- Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1996, 153: 607-617
- 54- Rabkin JG. Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Psychol. Bull.* 1974, 10: 9-33
- 55- Roman PM, Floyd HH Jr. Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Soc. Psychiatry* 1981, 16: 16-21
- 56- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr. Serv.* 1997, 48: 1042-1047
- 57- Rychlak JF. A suggested principle of complementary for psychology: In theory, not method. *Am. Psychol.* 1993, 48: 933-942
- 58- Segal SP, Silverman C, Temkin T. Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Ment. Hlt. J.* 1995, 31: 215-227
- 59- Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: Two year outcomes of a randomized trial. *J. Ment. Health Admin.* 1995, 22: 126-134
- 60- Sosowsky L. Explaining the increased arrest rate among mental patients: A cautionary note. *Am. J. Psychiatry* 1980, 137: 1602-1605
- 61- Steadman HJ. Critically reassessing the accuracy of public perceptions of the dangerousness of the mentally ill. *J. Health Soc. Behav.* 1981, 22: 310-316
- 62- Stein LI, Test MA, (1980). Alternative to mental hospital treatment: I-Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- 63- Susser ES, Lin SP. Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch hunger winter of 1944-1945. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992, 49: 983-988
- 64- Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992, 49: 493-499
- 65- Torrey EF, Bowler AE, Rawlings R. Schizophrenia and the 1957 influenza epidemic. *Schizophr. Res.* 1992, 9: 141
- 66- Ventura J, Nuechterlein KH, Hardesty JP, Gitlin M. Life events and schizophrenic relapse after withdrawal of medication. *Br. J. Psychiatry* 1992, 161: 615-620
- 67- Wahl OF. *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1995

Recursos residenciales protegidos en Quebec

Robitaille, D.

MD, Residente en psiquiatría, Universidad de Montreal

Morissette, R.

MD, Jefe de Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica, Hospital Louis-H. Lafontaine

Lesage, A

MPhil, Investigador clínico senior, Centro de Investigaciones Fernand-Seguín, investigador agregado, Departamento de Psiquiatría Universidad de Montreal

Gélinas, D.

MSc, Psicoeducador y Trabajador Social, Agente de Investigación, Centro de Investigaciones Fernand-Seguín, Hospital Louis-H. Lafontaine

Dion, E.

MSc, Psicólogo y Agente de Investigación, Centro de Investigaciones Fernand-Seguín, Hospital Louis-H Lafontaine

Frezza, D.

Enfermera y Agente de Investigación, Centro de Investigaciones Fernand-Seguín, Hospital Louis-H. Lafontaine

Correspondencia a: Dr. Alain Lesage, Centre de Recherche Fernand-Seguín, Hospital Louis-H. Lafontaine, 7331 Hochelaga, Montreal, Quebec, H1N 3V2, Canadá. Tel: (514) 251-4015, Telfax: (514)251-2617. E-mail: lesagea@ere.umontreal.ca

Los recursos residenciales protegidos son un elemento esencial para un sistema de atención psiquiátrica ofrecida a personas con trastornos mentales graves y refractarios * (8) según las prácticas de la psiquiatría comunitaria. El abordaje psiquiátrico co-

munitario apunta a reducir el índice de recaídas de estas personas, a disminuir el recurso a la internación y a optimizar su calidad de vida, su autonomía y su integración social, buscando soluciones en su propio medio, estableciendo lazos con los familiares, trabajan-

do en paralelo con los recursos comunitarios y a través de esfuerzos de readaptación y de rehabilitación. Los recursos residenciales protegidos son así lugares de alojamiento, pero también de tratamiento, de readaptación y de rehabilitación (1).

Resumen:

Este artículo presenta el abanico y la cantidad de recursos de alojamiento supervisados ofrecidos a las personas con trastornos mentales graves y refractarios en un sector psiquiátrico de referencia de Quebec, una provincia de Canadá. Se describen los tipos de recursos protegidos, la historia de su desarrollo en el movimiento de psiquiatría comunitaria en Quebec y su articulación con el sistema de atención en salud mental en la provincia. Un estudio muestra que el índice de recursos residenciales protegidos cada 100.000 habitantes del sector geográfico del hospital Louis-H. Lafontaine coincide con las normas establecidas en otras partes del mundo, en especial en Inglaterra e Italia. Estas normas podrán ayudar en la planificación y la asignación de los recursos a nivel provincial y regional, como objetivo de un plan de transformación de un sistema determinado de atención en Salud Mental.

Palabras clave: Psiquiatría comunitaria - Recursos residenciales en psiquiatría - Discapacidad psiquiátrica

PROTECTED HOUSING FACILITIES IN QUEBEC (CANADA)

Summary

This article describes the diversity and quantity of protected housing facilities offered to adults with serious and persistent mental illnesses in a designated catchment area of the province of Quebec, Canada. We describe types of protected housing facilities how they developed with the growth of community psychiatry practices in Quebec and how they link with the mental health care system. A study shows that the ratio of protected housing facilities per 100.000 of population in the Louis H. Lafontaine hospital catchment area fits in norms established elsewhere in the world, mainly in Great Britain and Italia. These norms, here supported, can be used in the future in allocating resources regionally and provincially, as a goal to reach in transforming a mental health care system.

Key words: Community psychiatry - Protected housing facilities - Psychiatric disability



Este artículo, que marca el inicio de la colaboración de dos equipos de investigación psiquiátrica en Argentina y Canadá, se propone presentarles a los profesionales argentinos el abanico y la cantidad de recursos de alojamiento protegidos ofrecidos a las personas con trastornos mentales graves y refractarios en un sector psiquiátrico de referencia de Quebec (una provincia de Canadá). Describiremos los tipos de recursos protegidos, la historia de su desarrollo en el movimiento de psiquiatría comunitaria en Quebec y su articulación con el sistema de

atención en Salud Mental en la provincia. Presentaremos los resultados de un estudio que determina la proporción de recursos de alojamiento protegidos de cada tipo respecto del conjunto de la población del sector este de la ciudad de Montreal, donde el hospital Louis-H. Lafontaine ha desarrollado una red de recursos que está alcanzando su madurez. Estos datos sobre las prácticas en un sector de referencia podrían servir como normas poblacionales sobre las necesidades de recursos residenciales protegidos, si se los destaca con una descripción de la di-

námica de uso (15) que los anima en el seno del sistema de atención donde surgieron. Datos similares están disponibles en otras latitudes, en especial en Inglaterra (19) y en Italia (3).

Sistema de atención en Salud Mental en Quebec:

La atención psiquiátrica en Quebec se brinda principalmente dentro de un sistema de salud pública donde los servicios de salud y los servicios sociales se hallan integrados en una misma red, desde hace unos 25 años. Este sistema está administrado por el ministerio de salud y acción social de la provincia (MSSS), con un presupuesto y un funcionamiento independientes en gran medida del gobierno federal de Canadá. Los gastos globales en salud equivalían en 1996 al 9,4% del producto bruto interno (PBI por habitante de 22055 dólares canadienses), es decir 2078 dólares canadienses por habitante por año. Los gastos de salud mental representaban alrededor del 9% del conjunto de los gastos públicos de salud y acción social. El ministerio delega algunas de sus funciones a 11 administraciones regionales que organizan la atención y asignan los recursos, según las necesidades particulares de la población de su región. El régimen es accesible y gratuito para todos, salvo en lo que atañe a la atención odontológica, fisioterapéutica, psicológica y los honorarios de algunos otros profesionales no médicos fuera de los hospitales. Toda la población debe estar cubierta por un régimen de seguro para el costo de los medicamentos y tiene acceso a un régimen público. El régimen de Quebec de seguro de ingresos les garantiza a todos un salario mínimo que permita cubrir las necesidades básicas (vivienda, alimentos). El ministerio les paga a todos los médicos, incluso dentro de las clínicas privadas. Actualmente, se considera que en Quebec hay escasez de médicos (101 médicos generalistas y 102 especialistas cada 100.000 habitantes (13)) y sobre todo, faltan psiquiatras (14 por cada 100.000 habitantes), principalmente fuera de los centros urbanos. Además de la atención psiquiátrica pública, la gente puede



consultar a terapeutas de todo tipo de manera privada, entre los que se cuentan los servicios de 1730 psicólogos en consultorio privado, cuyos honorarios no son pagados por el seguro de salud.

La población de Quebec en 1996 era de 7.431.000 habitantes, distribuida en un vasto territorio, equivalente a tres veces la superficie de Francia. Los servicios básicos en salud mental abarcan a los médicos de familia en consultorio privado, los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC) donde existen equipos multidisciplinarios, los centros de crisis psicossocial, los recursos de alojamiento temporario y de ayuda, y a

los servicios ofrecidos por los organismos comunitarios sin fines de lucro (OSBL): apoyo y ayuda, defensa de derechos, asistencia jurídica, ayuda material, reposo y otros. Los servicios psiquiátricos especializados abarcan a los equipos multidisciplinarios de las clínicas externas de los hospitales generales y psiquiátricos, sus servicios de urgencia psiquiátrica y de internación breve. La red de salud pública comprende 126 centros hospitalarios, generales o psiquiátricos. No existe ningún hospital privado.

Del total del presupuesto de Quebec en salud mental de 1993, el 60% se destinaba al tiempo de

hospital, y el 40% al tiempo extra-hospital. De ese tiempo extra-hospital, el 33% era administrado por los hospitales psiquiátricos para los recursos implementados en la comunidad, el 29% por los hospitales generales, el 12% por los CLSC. Sólo el 11,8% de estos gastos se otorgaba en forma de subvenciones a los organismos comunitarios sin fines de lucro (OSBL) y a los recursos alternativos que se habían desarrollado paralelamente al sistema de atención médica y social público: grupos de ayuda, ollas populares, centros comunitarios, centros de crisis o de descanso, centros de desintoxicación y otros.

Según una encuesta reciente (8), el 15 al 20% de la población presenta un trastorno mental, y el 1 al 3% de la población sufre un trastorno grave y refractario. El 7 al 9% de la población que consulta es atendido primero en los recursos de primera línea, tal como lo recomienda la OMS (20). Alrededor del 1.5% de la población consulta los servicios especializados psiquiátricos. Menos del 0.2% de la población - personas con un trastorno mental grave - frecuenta los servicios de tercera línea: internación prolongada y recursos residenciales protegidos.

Historia del desarrollo de la psiquiatría comunitaria en Quebec (6,8):

El movimiento de psiquiatría comunitaria se inició en Quebec en 1960, luego de una controversia creada por la publicación del libro de un paciente que describía las difíciles condiciones de vida soportadas en las instituciones psiquiátricas. La psiquiatría comunitaria se implantó con la llegada de psiquiatras formados en nuevos abordajes de readaptación y con la aparición de los primeros neurolépticos. Otros factores también influyeron en la implantación del abordaje comunitario: ciertos trabajos científicos que mostraban los efectos nefastos de la vida institucional en los síndromes positivos y negativos de la esquizofrenia, las presiones de los grupos de defensa de derechos civiles, el éxito de los medios modelo al mostrar que la atención en la comunidad es eficaz, y la idea de hacer importantes ahorros, pues la atención en la comunidad debía ser menos cara que la atención hospitalaria. Las recomendaciones de una comisión investigadora (Informe Bédard, Lazure y Roberts 1962) llevaron a abrir servicios de psiquiatría en los hospitales generales, a detener la construcción de hospitales psiquiátricos y a desarrollar equipos multidisciplinarios de psiquiatría comunitaria, centros de tratamiento de día y de noche, recursos residenciales protegidos y talleres de trabajo protegidos. De esta forma, el sistema fue descentralizado, pero las estructuras hospitalarias si-

guieron siendo el pivote de la organización de la atención, concentrando lo esencial de los recursos humanos y financieros. En un abordaje comunitario que valora las soluciones situadas en el entorno y que sólo utiliza la internación como último recurso, los equipos psiquiátricos debían establecer lazos con los servicios comunitarios para evitar la desinserción social.

Se instalaron camas psiquiátricas en los hospitales generales (figura 1), la cantidad de camas en los hospitales se estabilizó primero y luego disminuyó, mientras que cada vez más pacientes con trastornos mentales graves y refractarios eran tratados en la comunidad. El movimiento de desinstitucionalización permitió pasar de más de 20.000 camas en 1962 a 8.975 camas en 1983, a 6.830 camas en 1990, a 6.062 camas en 1995 (0,83 camas cada 1.000 habitantes), luego a 4.779 camas en 1998 (0,64 camas cada 1.000 habitantes) (12).

Durante el transcurso de los años 1971-80, los equipos de psiquiatría se vieron cada vez más influidos por el abordaje biológico con la medicación como medio central de tratamiento y así se vincularon con los pacientes, según un modelo de relación binaria. Disminuyeron sus visitas a domicilio y su implicación en la comunidad. En el momento en que el medio psiquiátrico enfrentaba una clientela inestable, a menudo con reinternaciones, una desinstitucionalización que dirigía a los pacientes hacia recursos externos de alojamiento y a la vez, una falta de recursos en la comunidad, tuvo lugar una reforma en la atención médica. Esta uniformizó la red entera de la atención médica, integró los recursos comunitarios a los demás recursos públicos y consideró a la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad, cuyo tratamiento debía ser racionalizado y rentabilizado. Esta reforma impactó profundamente al movimiento de psiquiatría comunitaria. Los tecnócratas permanecieron indecisos durante muchos años sobre el movimiento de desinstitucionalización, sobre el futuro de los hospitales psiquiátricos, lo que llevó a una desinstitucionaliza-

ción hacia recursos de alojamiento donde se privilegiaba el tratamiento con medicación y se hacían muy pocos esfuerzos de readaptación.

Hacia fines de los años '70, cuando la psiquiatría comunitaria va perdiendo velocidad, ciertos grupos de ex-pacientes y actores sociales ayudan a relanzarla, influidos por el movimiento antipsiquiátrico y las nuevas corrientes de reinserción social europeas y norteamericanas. En 1982 se crea en Quebec la Agrupación de recursos alternativos en salud mental. Pero hacia 1980 estalló la actual crisis económica. Aunque algunas encuestas muestran reinternación frecuente de los pacientes desinstitucionalizados, crecimiento de la itinerancia, recurso más frecuente al sistema judicial y mala integración del sistema de atención psiquiátrica en la comunidad, aparecieron nuevas recomendaciones de comités gubernamentales (Comité Harnois 1987), centradas en la disminución de la cantidad de camas y las restricciones presupuestarias. Varios medios universitarios psiquiátricos se organizaron en clínicas especializadas, en parte frente a su impotencia ante los pacientes con trastornos graves y refractarios, y disminuyeron así la continuidad de la atención.

Sin embargo, la exclusión de esta última clientela fue moderada por la sectorización. Esta determina y limita la responsabilidad de la atención psiquiátrica que se le debe dar a la población, a través de un departamento de psiquiatría según un sector geográfico da-



do y apoya los esfuerzos de los equipos multidisciplinares para adaptar los servicios ofrecidos a las necesidades de la población de su sector. En Montreal, la sectorización comenzó en los años '70, y así fue como el hospital Louis-H. Lafontaine tiene hoy día la responsabilidad de la atención psiquiátrica que se le debe dar a la población de un sector geográfico de casi 350.000 habitantes del este de Montreal.

En 1989 se dictó la primera política oficial de salud mental de la provincia, donde se destacaba la importancia de continuar el movimiento de desinstitucionalización y, para los distintos actores del sistema, de trabajar en equipo para llegar a ofrecer servicios completos y accesibles. Allí también se favorecía una organización descentralizada para buscar soluciones en el medio cotidiano. En el marco de las administraciones regionales de salud y servicios sociales, de un mayor apoyo del medio psiquiátrico y del uso de nuevas técnicas de readaptación, se pudo reinsertar socialmente a una clientela más pesada. Se desarrollaron los recursos comunitarios y tuvieron así un papel más importante. La Asociación de Quebec de Readaptación Psicosocial vio la luz en

1991, durante el congreso internacional "La readaptación psicosocial en salud mental", realizado en Montreal, Quebec.

En 1997, el ministerio de salud hizo algunas verificaciones: la desinstitucionalización no alcanzó las normas previstas de 0,5 cama cada 1000 habitantes en 1995, los recursos ahorrados con el cierre de camas no fueron reasignados a la comunidad y los servicios no fueron integrados. El Comité de revisión de la política de salud mental (12) priorizó a las personas con trastornos mentales graves y refractarios (responsables del 80% de los días de internación) y se fijó ciertos objetivos, entre los cuales contamos principalmente:

- completar la implementación de los servicios en la comunidad privilegiando la calidad, la continuidad y la coordinación de los servicios;

- alcanzar una distribución del 60% de los gastos públicos del sector de salud mental para los servicios que se ofrecen en la comunidad contra un 40% asignados a la internación, lo que implicaba invertir el coeficiente de entonces y recortar el 50% de las camas de permanencia prolongada, así como el 50% de las camas de permanencia breve,

- otorgar los fondos prioritariamente a los cinco tipos de servicios siguientes: el acceso al alojamiento y a subsidios para las necesidades de subsistencia; la posibilidad de una intervención de crisis en cualquier momento; el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; el acceso a servicios de readaptación; las actividades de apoyo para los familiares;

- reducir el tiempo de estadía media de las internaciones breves a 15 días de aquí a 3 años;

- alcanzar la norma de 0,4 camas cada 1000 personas en el año 2002 en psiquiatría, es decir 0,25 camas cada 1000 personas en atención de corta duración y 0,5 camas cada 1000 personas en atención prolongada.

Historia del desarrollo de los recursos de alojamiento en el sector este de Montreal

Hacia fines de los años '60, tuvo lugar en todo Quebec la primera fase del movimiento de desinstitucionalización a la que se calificó como "salvaje". Los pacientes debían dejar el hospital a cualquier precio, pero no podían ser abandonados en la calle. Distintos organismos se embarcaron en la aventura de desarrollar recursos de alojamiento externo, de manera más bien caótica. En ese entonces parecía no haber ninguna reglamentación y se podía descuidar la calidad de la atención y de los servicios. El sector del este de Montreal vivió este período como el resto de Quebec.

Alrededor de 1976, el MSSS elaboró una reglamentación de los recursos residenciales. Fueron clasificados en tres categorías: familias receptoras (1 a 9 personas), casas (10 a 29 personas), y centros de alojamiento (más de 30 personas). Se impusieron exigencias en cuanto a la superficie de los lugares. Desde entonces, las familias receptoras y las casas son recursos privados, financiados esencialmente a partir del seguro de ingresos de los pacientes. Bajo la égida de los Servicios Sociales del MSSS, que empleaba entonces en forma directa a todos los trabajadores sociales de la provincia y los asignaba a los hospitales, la calidad de los lugares y de los servicios mejoró sensiblemente. Se establecieron criterios de elegibilidad para los recursos de alojamiento, luego también, se establecieron prácticas de evaluación continua de los lugares y servicios. Según la nueva ley de salud y acción social, la clasificación de los recursos de alojamiento es como sigue: clase familiar, que abarca familias receptoras para los niños y residencias de ayuda para los adultos, y clase de recursos intermedios que engloba a todos los recursos privados vinculados a los establecimientos públicos por contrato. Remitimos a nuestros lectores a las Notas para una descripción de los distintos tipos de recursos ofrecidos a los adultos con trastornos mentales mencionados en este artículo**.

Hacia fines de los años '60, en el sector del este de Montreal, el





hospital Louis-H Lafontaine creó primero un servicio llamado "hogares asociados", para organizar la ubicación de personas internadas en familias del sector que ofrecían alojarlos y en los otros recursos que aparecían, principalmente las casas. Durante los años '80, se comprobó en ciertos recursos que la calidad de la atención y de los servicios disminuía, que los esfuerzos de readaptación y de rehabilitación decaían y que el medio tendía a comportarse como un pequeño medio institucional, dentro de la comunidad. Se realizaron

transformaciones para permitirle a una mayoría de pacientes vivir en una habitación propia, y se mejoraron las prácticas.

Paralelamente, se vio también que los esfuerzos de reinserción social de varios pacientes más deficitarios fracasaban una y otra vez, y que el nivel de supervisión y de los servicios ofrecidos por los recursos existentes no les resultaba conveniente. Un estudio (2,10,11) se interesó en los pacientes sometidos a la desinstitucionalización en el hospital Louis-H Lafontaine a fines de los años '80,

pacientes que habían pasado por una unidad de reinserción social del hospital. El mismo mostró que el índice de salida de esta unidad era de 33% al año, comparable al informado en Boston (EE.UU.) por Farkas y col. (4). Sin embargo, el índice de readmisión de los pacientes para los que se intentó el empleo de recursos de tipo residencia de ayuda o casas era del 55% en 9 meses. El estudio mostró a las claras la importancia de disponer de recursos residenciales adaptados, como por ejemplo el tipo "hogar de grupo", pues estos

recursos tuvieron un mejor proceso de salida y un índice de readmisión de sólo 18% en 9 meses. Tras un trabajo de intensa colaboración con la administración regional, el hospital desarrolló durante la última década recursos residenciales que ofrecen más supervisión y esfuerzos de readaptación. La red se extendió con la apertura de hogares de grupo y de departamentos supervisados. Paralelamente y en colaboración con el hospital, organismos comunitarios sin fines de lucro (OSBL) desarrollaron una red de recursos similares y vinculados por contrato con el hospital.

En el sistema actual, los pacientes son enviados a los recursos residenciales protegidos a partir de los servicios de internación breve o prolongada, pero también directamente por los equipos multidisciplinarios de las clínicas externas del sector (donde se sigue a unos 5000 pacientes). Los pacientes tienen acceso a talleres de trabajo protegidos y a centros de trabajo adaptados. En el marco de importantes esfuerzos para desarrollar alternativas a la internación, el hospital desarrolló, a partir de 1985, el seguimiento en los departamentos autónomos, y desde 1998 implementó el seguimiento intensivo en el medio ("Assertive community treatment" (5, 16, 1, 18)) a través de agentes, actualmente 35, integrados a los equipos del sector.

En suma, el abanico de recursos residenciales del sector abarca recursos de casas, residencias de ayuda, hogares de grupo, casas de transición, distintas formas de departamentos supervisados y fórmulas de habitación y pensión. Este amplio desarrollo, que implica más de 1200 personas en estos recursos residenciales protegidos y al que se pueden agregar más de 700 personas en internación prolongada, en un territorio de alrededor de 350.000 habitantes, nos da la oportunidad de poder describir sobre una base poblacional la cantidad de recursos residenciales protegidos necesarios.

¿Cuántos recursos residenciales protegidos se necesitan?: el estudio del sector del Este de Montreal.

El dispositivo completo de

atención y de servicios para las personas con trastornos mentales graves y refractarios debe abarcar, entre otras cosas, un abanico de recursos residenciales protegidos que se extienda del departamento supervisado a la internación prolongada. Casi no existen en la literatura normas en cuanto a la cantidad de plazas en los distintos tipos de recursos. Estas normas son necesarias para mantener la planificación y la asignación de los recursos para estas necesidades residenciales. El hospital Louis-H. Lafontaine desarrolló en su sector del este de la ciudad de Montreal una extensa red de recursos residenciales de distintos niveles de supervisión, que está alcanzando hoy su madurez. Les presentamos a nuestros lectores los resultados de un estudio que establece las necesidades cuantitativas de recursos residenciales protegidos y de internación prolongada para los pacientes que emergen del sector atribuido hoy día al hospital Louis-H. Lafontaine.

Con el objeto de establecer una norma sobre la cantidad de vacantes en recursos residenciales protegidos y en internación prolongada, es preciso restar las personas alojadas en los recursos del hospital pero que vienen de otros sectores. Además, ciertas personas alojadas pueden necesitar un nivel de atención, de supervisión o de readaptación menor o superior al que reciben. Por ende, no se puede equiparar la situación actual con las necesidades de la persona respecto de este recurso. Es posible superar esta dificultad gracias a un estudio evaluativo (9) realizado en 1997 teniendo en cuenta a todos los pacientes internados a largo plazo o alojados en los recursos residenciales protegidos del hospital Louis-H. Lafontaine. A lo largo de este estudio, el personal tratante con ayuda del Inventario de Niveles de Atención evaluó las necesidades en atención y servicios, particularmente en lo que atañe a los recursos residenciales. Una vez distribuidos los pacientes según sus necesidades de supervisión y de readaptación, se comprueba que de la cantidad total de casi 2.000 pacientes, el 8,8% podría irse a un departamento autónomo y varios más podrían progresar hacia un recurso más livia-

no. Se verifica así que la cantidad de camas de internación prolongada podría ser dos veces menor, que el número de plazas en hogares de grupo debería ser más importante (un 20% más, aproximadamente) y que el número de plazas en departamentos supervisados debería aumentar también en un 15%, más o menos. Más adelante utilizaremos estos datos para establecer los índices ideales respecto de la cantidad de recursos residenciales protegidos necesarios en el sector.

Metodología:

Hicimos la lista de todas las personas internadas a largo plazo o en los recursos residenciales protegidos, al 8 de enero de 1999. Distinguimos las siguientes categorías de recursos residenciales protegidos: departamentos supervisados y pensiones; hogares de grupo y casas de transición; residencias de ayuda; casas; internación psiquiátrica prolongada. La necesidad se establecieron para las personas adultas de 18 a 65 años, con trastornos mentales graves y cuyo diagnóstico principal no es la deficiencia intelectual o el síndrome orgánico cerebral/demenia. En el cuadro 1 se informa sobre la constitución del conjunto de pacientes elegibles según nuestros criterios hasta el 8/1/99 en el conjunto de los recursos, incluyendo los pacientes internados en atención breve, en la unidad médico-quirúrgica o en la unidad de deficiencia intelectual por más de 6 meses. A partir del estudio de las historias clínicas de una muestra aleatoria que representa el 20% de la cantidad de pacientes en cada una de las categorías, establecimos la proporción de pacientes salidos del sector geográfico del este de Montreal.

Resultados:

Los resultados expuestos en el cuadro 2 muestran que cerca de la mitad de los pacientes alojados en la red de recursos residenciales protegidos provienen del exterior del sector actualmente atribuido al hospital, y esto es así en parte por el viejo rol de internación prolongada que ejercía el hospital para los pacientes francoparlantes

de Quebec (particularmente del Oeste de la provincia y también del Este) y porque los hospitales de otros sectores se vinculan ahora por contrato con el hospital Louis-H. Lafontaine para aprovechar la red más extensa de recursos residenciales protegidos disponibles en el sector.

Una vez descartados los pacientes provenientes del exterior del sector, el índice actual de 143 pacientes alojados en los recursos residenciales protegidos y en internación prolongada cada 100.000 habitantes, expuesto en el cuadro 2, concuerda con las

normas establecidas por Wing (19) para el Colegio de Psiquiatras británicos que va de 68 a 156 plazas (con un promedio de 112). Estas cifras sobre las prácticas en la red del hospital Louis-H. Lafontaine son comparables con la cantidad de plazas disponible en la práctica en 8 sectores británicos descripta por Lelliot (7), que va de 54 a 166 plazas según el sector (con un promedio de 113). Esta cantidad total es más importante que las 64 plazas disponibles en los recursos residenciales en Trieste, Italia (3), sector puntero en la transformación del sistema de sa-

lud mental en Italia, donde ya no se recurre a la internación prolongada. La cantidad de 106 plazas en recursos residenciales externos en la red del hospital Louis-H. Lafontaine se sitúa alrededor de la media de las normas británicas de 56 a 126 plazas (con un promedio de 92). La cantidad de 33 pacientes internados a largo plazo cada 100.000 habitantes es levemente superior a la norma superior británica que va de 10 a 30 camas (con una media de 20), aunque no existe todavía la residencia de readaptación intensiva como los "Hostel Ward" (14, 21) en la red

Cuadro 1
Constitución del conjunto de pacientes elegibles según nuestros criterios al 8/1/99

* Personas adultas entre 18 y 65 años, víctimas de trastornos mentales graves y cuyo diagnóstico principal no es la deficiencia intelectual o el síndrome orgánico cerebral/demencia.

	Capacidad	Cantidad de pacientes al 8/1/99 que responden a los criterios*
Internación breve	136	28
Internación prolongada	410	254
Internación médico-quirúrgica	30	4
Internación deficiencia intelectual	136	16
Casas	320	137
Residencias de ayuda	613	239
Hogares de grupo y casas de transición	230	132
Departamentos supervisados y pensiones	177	142
Total	2059	952

Cuadro 2
Recursos residenciales protegidos implementados en el sector del hospital Louis-H. Lafontaine (350.000 habitantes) para las personas adultas entre 18 y 65 años víctimas de trastornos mentales graves y cuyo diagnóstico principal no es la deficiencia intelectual o el síndrome orgánico cerebral/demencia.

	Cantidad estimada emergente del sector	Índice actual cada 100.000 habitantes	Índice ideal requerido cada 100.000 habitantes
Internación prolongada	116	33	24**
Casas	71	20	19
Residencias de ayuda	135	39	35
Hogares de grupo y casas de transición	71	20	26
Departamentos supervisados y pensiones	107	31	33
Total	500	143	137

** Incluyendo 9 pacientes que podían ser transferidos a un Centro hospitalario de internación prolongada para su atención física, equivalente a un "nursing home".

del hospital Louis-H. Lafontaine. Las prácticas descritas por Lelliot en Inglaterra muestran una variación de 3 a 29 camas de internación prolongada cada 100.000 habitantes, dependiendo del sector geográfico (con un promedio de 18,4 camas).

Así y todo, el uso actual de los recursos en el sector del hospital Louis-H. Lafontaine no es necesariamente óptimo y para estimar los índices de recursos que se requieren idealmente, equilibramos los resultados a partir del estudio evaluativo realizado con la ayuda del Inventario de Niveles de Atención (9). Los índices idealmente requeridos expuestos en el cuadro 2 coinciden con las normas establecidas para el Colegio de psiquiatras británicos para cada uno de los tipos de recursos y con lo descrito en la práctica por Lelliot (7) en diversos sectores británicos.

Discusión:

La historia del movimiento de psiquiatría comunitaria en Quebec, con sus sucesivas fases de desinstitucionalización, luego del decaimiento de los esfuerzos y la historia del desarrollo de la red de recursos residenciales protegidos en el sector del hospital Louis-H. Lafontaine, muestran a las claras que el desarrollo de un sistema de atención de salud mental que ofrezca a quienes padecen trastornos mentales graves y refractarios una atención y servicios de calidad en la comunidad, es un proceso muy largo, "un largo camino hacia un hospital sin muros" (8). El medio psiquiátrico tiene que desempeñar un papel importante, de manera pro-activa, para colaborar con las instancias administrativas en el desarrollo de una red de recursos residenciales protegidos que respondan a las necesidades de la población.

El hospital Louis-H. Lafontaine desarrolló en su sector del este de la ciudad de Montreal una extensa red de recursos residenciales de diferentes niveles de supervisión, que está alcanzando su plenitud. Desde el inicio del movimiento de desinstitucionalización, el medio del hospital se esforzó por considerar la readaptación y la rehabilitación de las personas con trastornos

mentales graves y refractarios, más allá del mero tratamiento. Se hicieron grandes esfuerzos para disminuir la exclusión de ciertos pacientes olvidados por las sucesivas fases de desinstitucionalización, como por ejemplo desarrollar recursos adaptados a necesidades de supervisión y de readaptación mayores, así como para disminuir la institucionalización de los medios de alojamiento en la comunidad. Es conveniente que haya una evaluación periódica de las necesidades de los pacientes y circulación de los mismos entre los recursos, que deben ser dinámicos.

Durante los próximos años, en el sector habrá una reducción suplementaria de la cantidad de camas de internación prolongada, gracias, principalmente, a una redistribución de los pacientes alojados en recursos residenciales según sus necesidades de supervisión y de readaptación, y gracias al desarrollo del seguimiento intensivo en el medio.

En el sector del hospital Louis-H. Lafontaine, el índice de recursos residenciales protegidos cada 100.000 habitantes coincide con las normas establecidas en otras partes del mundo y las reafirman. Estas normas podrán ayudar en la planificación y la asignación de los recursos a nivel provincial y regional, como objetivo final de un plan de transformación de un sistema de atención de salud mental determinado. Al emplear estos datos, es importante tener en cuenta el contexto histórico y político del país y la dinámica del uso de los recursos (15). Así también, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, las condiciones socio-económicas y el nivel de apoyo social brindado por los familiares y amigos de las personas con trastornos mentales pueden hacer variar las necesidades en recursos residenciales protegidos para cierta población. Es importante que los otros tipos de alternativa a la internación también se desarrollen, como los hospitales de día, los departamentos de muy alto nivel de supervisión y las residencias de readaptación intensiva del tipo "Hostel Ward" (14, 21) británicos. Dentro de los esfuerzos por mejorar los recursos, la atención y los servicios para las personas con

trastornos mentales graves y refractarios, hay aún lugar para innovar, entre otras cosas, en lo que atañe al vínculo de los servicios con el medio cotidiano de los usuarios, a la integración y la coordinación de los servicios, a la accesibilidad a los recursos y a la prevención ■

Notas

* Trastornos mentales graves y refractarios:

Trastornos mentales asociados a una depresión psicológica que interfiere de manera significativa en las relaciones y con el funcionamiento social. Los diagnósticos asociados con mayor frecuencia son la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva, formas graves y refractarias a los tratamientos habituales de enfermedades afectivas, ansiosas, de toxicomanías, de trastornos de la personalidad. Según las definiciones empleadas, según los sectores donde se hallen, este grupo de personas con trastornos mentales graves y refractarios puede representar del 1 al 3% de la población.

** Abanico de recursos de alojamiento:

Centro de crisis: brinda atención y servicios profesionales a través de profesionales de la salud mental, durante las 24 horas, tras una referencia de los servicios psiquiátricos o cuando la persona se presenta espontáneamente. Este programa ofrece alojamiento breve y apunta a las personas que enfrentan una crisis precipitada por factores psicosociales bien identificados.

Departamentos supervisados y pensiones: departamentos o habitaciones, agrupados en el mismo edificio donde los profesionales pueden llevar a cabo el seguimiento en el medio cotidiano durante las 24 horas. Algunos servicios pueden brindarse en el lugar, como las comidas.

Hogar de grupo y Casa de transición: brinda una supervisión constante. El marco de contención está presente las 24 horas, 7 días por semana personificado en un equipo de profesionales, que puede incluir el "nursing" y la educación es-

pecializada. Se elabora un programa de readaptación para cada uno de los usuarios, programa que apunte a hacerlo acceder a un recurso más liviano. Cuando este programa está limitado en el tiempo, el hogar de grupo se llama entonces casa de transición.

Residencia de ayuda: recurso privado de tipo familiar a través de los servicios sociales que alberga de 1 a 9 usuarios. Este recurso ofrece un marco de contención durante las 24 horas, una supervisión de los momentos de la vida cotidiana y recibe la visita de profesionales ocasionalmente.

Casa: recurso privado que alberga entre 10 y 29 usuarios que conservan un estatus de "paciente internado". Por consiguiente, la atención es supervisada de cerca por visitas de enfermeras y este recurso ofrece un marco de contención durante las 24 horas.

Centro hospitalario de atención prolongada: supervisión constante de tipo "nursing" médica para pacientes que han perdido su autonomía psíquica y física.

Centro de atención psiquiátrica prolongada: supervisión constante de tipo "nursing" psiquiátrica para pacientes incapaces de integrar un recurso residencial protegido.

Referencias bibliográficas:

- Bachrach LL (1996) Psychosocial rehabilitation and psychiatry: what are the boundaries? *Can J Psychiatry*, 41, 28-35.
- Bandeira M, Lesage AD, Morissette R, Granger L (1994) Evaluation de l'efficacité à long terme de la réinsertion sociale de patients psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, XIX (2), 178-190 (www.cam.org/~rsmq/).
- Dell'Acqua G, Marsili M, Zanusi P (1998) L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. *Santé mentale au Québec*, XXIII, 2, 148-170 (www.cam.org/~rsmq/).
- Farkas MD, Rogers ES, Thurer S (1987) Rehabilitation outcome of long term hospital patients left behind by deinstitutionalization. *Hospital and community psychiatry*, 38: 863-870.
- Gélinas D (1998) Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé Mentale au Québec*, XXIII, 2, 17-47 (www.cam.org/~rsmq/).
- Lecomte Y (1997) De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, XXII, 2, 7-24 (www.cam.org/~rsmq/).
- Lelliot P, Audini B, Knapp M, Chisholm D (1996) The mental Health Residential Care Study: classification of facilities and description of residents. *British Journal of Psychiatry*, 169, 139-147.
- Lesage A (1996) Quatre décennies de désinstitutionnalisation au Québec: la longue marche vers un hôpital sans murs. Communication personnelle.
- Lesage A, Lamarre C (1998) Comité plan de Services des alternatives à l'hospitalisation. Les besoins de services rapportés à travers l'inventaire de niveaux de soins. Questionnaire complété en 1997 pour diverses clientèles de services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Lesage AD, Morissette R (1992) Evaluation d'une unité de réinsertion d'un hôpital psychiatrique. ISBN 2-9802210-1-5.
- Lesage AD, Morissette R (1993) Les besoins résidentiels et les besoins de soins des personnes souffrant de maladie mentale grave et hospitalisées en longue durée. (Residential and palliative needs of persons with severe mental illness who are subject to long-term hospitalization). *Santé mentale au Canada*, 13-18.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1997) Orientations pour la transformation des services de santé mentale, Document de consultation.
- Régie de l'assurance maladie du Québec, statistiques annuelles 1997.
- Reid Y, Garety PA (1996) A hostelward for new long-stay patients: sixteen years' progress. *Journal of Mental Health UK*, 5 (1), 77-89.
- Richman A, Boutilier C, Harris P (1984) The relevance of socio-demographic and resource factors in the use of acute psychiatric in-patient care in the Atlantic Provinces of Canada. *Psychological Medicine*, 14, 175-182.
- Stein LI, Santos AB (1998) Assertive Community treatment of persons with severe mental illness, WW Norton And Comapny, New York.
- Tein LI, Test MA (1980) Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37, 4, 392-397.
- Test MA (1998) Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé Mentale au Québec*, XXIII (2), 119-147 (www.cam.org/~rsmq/).
- Wing JK (1992) Epidemiologically-based mental health needs assessments. Review of research on psychiatric disorders (ICD-10, F2-F7). London: Royal College of Psychiatrists.
- World Health Organization (1978) Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata.
- Young R (1991) Residential needs of severely disabled psychiatric patients: the case for hospital-hostels, HMSO, London.

La evolución de las políticas de desinstitucionalización en Quebec

Ives Lecomte

Psicólogo clínico - Centro Hospitalario de la Universidad de Montreal CHUM, 90 René Lévesque est. Montreal, Quebec Canadá, H2X1N6

"Como lo demuestran la mayoría de los estudios, la mayor parte de las personas con trastornos mentales severos viven ahora en la comunidad y desean permanecer allí" (Jean Rochon, 1997, Orientations pour la transformation des services de santé mentale)

El documento oficial "Orientations pour la transformation des services de santé mentale" plantea el objetivo de que las personas con trastornos mentales severos y persistentes, vivan dentro de la comunidad y sean tratadas allí. Reafirma así la voluntad del gobierno de seguir con la política de desinstitucionalización formulada inicialmente en la "Politique de santé mentale" adoptada en 1989 (23). Al fijar la cantidad de camas que se deben cerrar, el gobierno cuestiona el futuro y el papel de los hospitales en la conceptualización y asignación de los servicios que se le brindan a esta clientela. A todo el sistema hospitalario, porque los hospitales generales, así como los hospitales psiquiátricos, reciben ahora a esta población, a punto tal que ella se ha transformado en el grupo que determina la demanda de atención, y moviliza la mayoría de los servicios (15). El sistema psiquiátrico entero se ve así interpelado por este enunciado político.

¿Dónde se originó esta política? ¿Cuáles fueron sus etapas? ¿Cómo podemos explicarlas? En esta reflexión queremos enfatizar la importancia de las prácticas del medio psiquiátrico como factor que contribuye a la dinámica de dicha política.

Los años 1962-1972

El origen de esta política de humanización de la atención (de desinstitucionalización) (16) se remonta al año 1965. En su tesis de

doctorado, Boudreau (6) situó muy bien las posturas del medio psiquiátrico de comienzos de los años '60. Mostró cómo ciertos psiquiatras reformadores, formados en los nuevos abordajes en psiquiatría gracias a programas gubernamentales federales, se enfrentaron a los psiquiatras de la vieja escuela de la época, cómplices de un medio secular asilar. Boudreau describió la estrategia con la que estos psiquiatras, aliándose a las reivindicaciones de pacientes tratados en estas instituciones (20) y a las reivindicaciones de organismos sindicales (24), supieron atraer a su causa a los actores sociales progresistas, y transformar sus reivindicaciones en un tema político mediático. De esta lucha surgió el proyecto psiquiátrico formulado en el informe Bédard (24).

Según Cardinal et al. (7), este proyecto se basaba en tres premisas: 1) la posibilidad de ofrecer ciertos recursos en la comunidad, a la luz de las experiencias extranjeras; 2) la necesidad y la posibilidad de controlar los costos galopantes del sistema asilar vigente, ubicando a los pacientes en recursos más livianos; 3) los nuevos progresos realizados en el tratamiento de ciertas enfermedades mentales.

El proyecto de la Comisión Bédard proponía el desarrollo de un proyecto psiquiátrico de tratamiento de las enfermedades mentales según cinco ejes: 1) la modernización de los medios asilares a través de su transformación en hospital psiquiátrico; 2) la afirmación de su papel como lugar de tratamiento especializado, y su acceso en todas las regiones de Quebec creando diez más; 3) una descentralización del sistema psiquiátrico a través de la creación de departamentos de psiquiatría; 4) la atribución del papel de estructura-

pivote a estos departamentos y a los hospitales psiquiátricos en su sector o región (14); 5) el uso de recursos comunitarios para el alojamiento (casas, residencias de ayuda), y la reinserción en el trabajo a través de acuerdos intersectoriales con los Centros de mano de obra. En definitiva, un proyecto administrativo, clínico y social administrado por las estructuras hospitalarias.

Durante la década siguiente, esta reforma se implementará gracias a una voluntad política real de hacerlo así. Sus promotores crearán las estructuras administrativas ministeriales específicamente psiquiátricas (dirección de servicios psiquiátricos), así como las condiciones de su realización. Los recursos financieros estarán disponibles, y los hospitales generales desarrollarán departamentos de psiquiatría con unidades de atención. Los hospitales generales (camas de internación breve) conocerán un aumento de 3120 (537%) camas en 25 años.

Pero, las propuestas del informe Bédard de mantener y desarrollar la cantidad de camas de los hospitales psiquiátricos no se concretaron. Por el contrario, los hospitales psiquiátricos cerraron 15.930 (81%) camas en 30 años. Este cierre puede dividirse en tres etapas. De 1965 a 1975, la baja alcanza el 34% (6.611 camas); de 1975 a 1986, es del 21% (2.781 camas); y 6.376 camas (62%) cerraron entre 1986 y 1995. Esta disminución es tan importante que los hospitales psiquiátricos tienen hoy una cantidad de camas inferior a la que tenían en 1919.

Podemos afirmar que la política de desinstitucionalización enunciada en 1989 (23), y reafirmada en 1997, comenzó después de 1962 (19). Así también podemos decir que no había sido formulada como objetivo por el in-

forme Bédard, salvo entre líneas, a través de la limitación del tamaño de los hospitales, del alojamiento y de la reinserción social. ¿Cómo explicar su implantación?

Tenemos la hipótesis de que la respuesta reside en una transformación de las prácticas psiquiátricas que comenzaron en esa época, con el término de psiquiatría comunitaria, y que valoraban las soluciones dentro del medio cotidiano de los pacientes y dejaba la internación como último recurso. Esta nueva práctica sostenía teóricamente los proyectos de salida de los pacientes asilares, y les proponía a los nuevos pacientes una respuesta distinta a la de la internación.

En el momento en que el informe Bédard quiere dotar a Quebec de instituciones que modernizarían y estimularían el desarrollo de su sistema de atención hospitalaria, algunos países predicaban otra cosa. Por ejemplo, la psiquiatría comunitaria en los EE.UU. a través de la creación de centros de salud mental comunitaria y su corolario, la disminución de la cantidad de camas en los hospitales psiquiátricos, cuando no su cierre total. Esta práctica comunitaria fue influyendo al medio de Quebec a través de intercambios y cursos de formación. Poco después del informe Bédard, el medio de la práctica psiquiátrica perdería su monolitismo teórico, y sería marcado por dos modelos de práctica: la psiquiatría comunitaria y la psiquiatría biológica. Ambos modelos se superpusieron en los hospitales generales y psiquiátricos, y los partidarios de estos dos abordajes compitieron por el predominio de su elección teórica, suplantando el abordaje comunitario al biológico durante varios años.

Así, a lo largo de la década 65-75, el medio psiquiátrico valoraba un abordaje social de la enfermedad y experimentaba distintos abordajes comunitarios en el marco de una política de sector en Montreal, abordajes que apoyaron y justificaron la desinstitucionalización. Por ejemplo, en Louis-H. Lafontaine, podemos mencionar el desarrollo de las clínicas externas de Hochelaga-Maisonneuve o de Ville d'Anjou bajo el empuje de sus psiquiatras promotores. En los sectores Centro-sur y Centro-Ciu-

dad de Montreal, se creó el Centro de Salud Mental comunitaria de Montreal (1968-1974), que se transformó en la clínica externa del hospital Saint-Luc en 1974; la clínica de los ciudadanos de St-Jacques (Comité de ciudadanos de St-Jacques, 1980), y la clínica comunitaria de Pointe-St-Charles.

Paralelamente a estas experiencias, la psiquiatría biológica se experimentaba, se imponía incluso cada vez más en los hospitales. Así y todo, estaba sujeta a la práctica comunitaria durante este período. Pero a partir de mediados de los años '70, la tendencia se invirtió y la práctica medicamentosa fue predominando, basándose en un modelo de relación principalmente binario, y para los psicóticos en un marco hospitalario. Desbordados, posiblemente desilusionados, y cambiando de orientación, los promotores de la psiquiatría comunitaria perdieron su influencia en el modelo de práctica hospitalaria, y no estuvieron ya en condiciones de sostener el movimiento de desinstitucionalización. El entecimiento observado durante mediados de los años '70 podría explicarse por esta pérdida de influencia.

En nuestra opinión, esta pérdida se originó en la reforma de la Salud y de los servicios sociales vigentes a fines de los años '60, que iba a cambiar radicalmente el medio psiquiátrico.

Los años 1971-1980

En el momento en que se depositaba el informe Castonaguay-Nepveu, el medio psiquiátrico enfrentaba tres desafíos: una clientela psiquiátrica regularmente desestabilizada y que debía recurrir constantemente al hospital para estabilizarse (la puerta giratoria): En 1970, el 51% de las admisiones son readmisiones (10); un medio psiquiátrico que desinstitucionaliza a los pacientes en estructuras habitacionales y familias receptoras (en 1970, 3.230 pacientes viven así); una falta de recursos comunitarios.

En este contexto se lleva a cabo en 1971 la reforma de la Salud y de los servicios sociales que transformará todo el sistema de atención. Para la psiquiatría, fue una catástrofe según los líderes de los años '60 (6). Racionamiento, coordinación, rentabilidad y productividad se tornan el leitmotiv



para bajar los costos de salud que ya crecían exponencialmente, y justificar así la integración de la psiquiatría en un sistema público de salud coherente. La enfermedad mental se vuelve una enfermedad como cualquier otra, y esta indiferenciación se convierte en su nueva especificidad. Desde entonces, las estructuras de psiquiatría ya no son necesarias y desaparecen, así como la posibilidad de influir en las políticas de salud en favor de la psiquiatría. Otra consecuencia de esta reforma es el debilitamiento de la red comunitaria y de la práctica psiquiátrica comunitaria de la época, integrando a sus componentes en los recursos públicos.

Este cambio radical causó sus efectos en la desinstitucionalización en curso. Los discursos y las orientaciones se tornaron ambiguos (6), pues los tecnócratas no se decidían sobre el futuro de los hospitales psiquiátricos por razones que aún hoy permanecen oscuras. Este vacío político provocó que cada institución quedara libre de decidir sobre su futuro. Surgieron entonces orientaciones diversas. Por ejemplo, algunos hospitales trataron de transformarse en centros de tratamiento especializados, con la reivindicación concomitante de los recursos capaces de realizar este proyecto. Otros permanecieron a la espera. Estas diferentes orientaciones favorecieron tal vez un efecto centrípeta de las instituciones, más interesadas en sus problemáticas internas que en abrirse a la comunidad o a los debates que tenían lugar por entonces. La desinstitucionalización que efectivamente se realizará, se hará sobre todo merced a la ubicación de los pacientes en las familias receptoras y las casas. En 1986, más de 11.000 pacientes residían allí (12). El recurso a la medicación será el modo de tratamiento privilegiado.

Sin embargo, mientras la psiquiatría comunitaria iba perdiendo terreno en las instituciones públicas a finales de los años '70, surgían nuevos actores interesados en la psiquiatría. Algunos habían conocido a la psiquiatría a título personal y querían intervenir en defensa de sus derechos, para modificar los tratamientos recibidos. Otros se veían influidos por

las ideas de la antipsiquiatría, y las nuevas corrientes de reinserción social europeas y norteamericanas, y querían modificar la práctica de la psiquiatría. Por fin, otros deseaban simplemente que se les reconociera su pericia en nuevos modos de intervención, desconocidos o desvalorizados en el medio psiquiátrico, o su capacidad de ayudar a las personas en dificultades.

Estos actores crearon recursos comunitarios de un tipo nuevo, con un discurso progresista implantado en el nuevo contexto sociopolítico (Comité de Salud Mental, 1985) (8). Citemos como ejemplo de recursos *Autopsy, Solidarité-psychiatrie, La Chrysalide, La Maison St-Jacques*, etc. Este medio comunitario se organiza en agrupaciones, perfecciona su discurso crítico acerca de la psiquiatría biológica, obtiene subsidios para mejorar o desarrollar nuevos recursos gracias a una atenta escucha de la nueva dirección de Salud Mental implementada en 1982.

Paralelamente a este nuevo movimiento comunitario, ciertos actores de la red pública hablan de la necesidad de renovar las prácticas institucionales, e intentan reunir a todos estos distintos actores para compartir las experiencias, interrogantes e investigaciones en el marco de organismos comunitarios también: la revista *Santé mentale au Québec*, *Cosame*, etc. Otros intervinientes optan por la modernización de las respuestas de alojamiento para los pacientes desinstitucionalizados, a través de la creación de estructuras intermedias (17).

Los años 1981-1989

A comienzos de los años '80, se iba haciendo más manifiesto que la red psiquiátrica surgida del proyecto Bédard respondía cada vez menos a las necesidades de los pacientes, tal como lo demostraban el fenómeno de la puerta giratoria (en 1985, el 59% de las admisiones totales son readmisiones (10), el crecimiento de la itinerancia, el recurso al sistema judicial para problemas psiquiátricos y el recurso a las urgencias. La red pública se hallaba desbordada y era cada vez más criticada (14). Incluso en su seno se reconocía que "tal vez

la misma red había creado este desborde, imaginando que era la única capaz de ocuparse de los problemas psiquiátricos en la sociedad". "Es una red poco diversificada según las necesidades de la clientela, casi únicamente de servicios psiquiátricos, parapsiquiátricos y de alojamiento, focalizados en los centros hospitalarios, con poca o ninguna integración en el entramado social" (1). En la nueva División de Salud Mental, se escribía: "los recursos humanos, materiales y financieros son enormes, la formación de los intervinientes es impresionante, la autonomía regional en materia de programación de los servicios es reconocida, y sin embargo, el estado de la salud mental de la gente de Quebec empeora" (21).

En ese mismo período estalla la crisis económica y comienza el recorte presupuestario. Las presiones vuelven a hacerse intensas por parte de los tecnócratas para acentuar la desinstitucionalización, considerada como una de las claves para disminuir los crecientes costos de los servicios de psiquiatría, y modernizarlos. Con este trasfondo económico, las circunstancias sociopolíticas se tornan propicias para reivindicar una nueva ola de desinstitucionalización. Tendremos la encuesta sobre L.H. Lafontaine en 1984 (2) y el informe Aucoin (1985) sobre su transformación (4).

En mayo de 1983, el gobierno reconoce una vez más la especificidad de la salud mental y comienza los trabajos preparatorios para adoptar una Política de Salud Mental (8, 9).

Es en ese contexto que se relanza la desinstitucionalización a partir de 1985, con otro ritmo, y se vuelve la pieza fundamental de la futura política de Salud Mental. En un contexto de restricciones presupuestarias, la clave de todo cambio es la reasignación de los recursos. La nueva política de desinstitucionalización será una reasignación presupuestaria. Su lógica, la de reducción de los costos. No obstante, esta nueva ola de desinstitucionalización provocará la colaboración de los intervinientes que se apoyarán, entre otros, en un abordaje de tratamiento que desde hacía algunos años iba tomando importancia: la readapta-



ción. Esta última posibilita el aprendizaje de las habilidades al tiempo que le permite al paciente retomar el poder sobre su cotidianidad y su futuro. La fundación de la "Asociación de Quebec para la readaptación psicosocial" en 1991, en el marco del Congreso Internacional "La readaptación psicosocial en salud mental: acompañantes y puntos de apoyo", será la consagración de esta emergencia.

Los años 1989-1999

El 19 de enero de 1989, el gobierno de Quebec formula la primera política oficial de Salud Mental. La misma tiene cinco objetivos: 1) asegurar la primacía de la persona; 2) aumentar la calidad de los servicios; 3) favorecer la equidad; 4) buscar soluciones en el medio cotidiano y 5) consolidar el trabajo con acompañantes. Para las personas con trastornos mentales severos y persistentes, el primero y cuarto objetivo son parti-

cularmente determinantes. En efecto, la política favorece el mantenimiento en su entorno para las personas con enfermedad mental, severa o no. También postula que las respuestas de los servicios públicos son complementarias a las de las personas y su medio ambiente. Para ello, favorece una gama de servicios accesibles, y una organización descentralizada para buscar soluciones en el entorno, contrariamente a lo que dice el informe Bédard.

Esa política prevé objetivos específicos para los pacientes internados en medio psiquiátrico por mucho tiempo. Propone continuar su reintegración social a través de la desinstitucionalización, pero con un mejor marco de contención, a través de planes de desinstitucionalización. A fin de asegurar un marco de contención personal, el plan de servicios individualizado será obligatorio para toda persona alojada en un establecimiento más de 90 días. Por fin, la política preveía la creación

de un grupo de expertos al que podían recurrir los establecimientos.

En 1995, conforme con esta política, La Dirección general de planificación y de evaluación del Ministerio de Salud y Acción Social emprende una revisión guiada por el siguiente cuestionamiento: ¿ los medios de acción de la política fueron implementados de manera acorde con la misma? (5). Para ello, los responsables eligen un procedimiento participativo de grupo constituido por informadores claves de los distintos medios de Salud Mental. Se consulta a cincuenta y nueve grupos, constituidos por 459 personas. El trabajo del comité desemboca en el informe "Bilan d'implantation de la politique de santé mentale" en febrero de 1997 (5). Este informe verifica que los planes de desinstitucionalización se llevaron poco a la práctica, que el grupo de expertos no fue creado, y que los planes de servicios individualizados generaron tal resistencia, por problemas de confidencialidad, entre otros, que se los juzgó poco factibles. Dicho de otro modo, el balance de implantación concluye diciendo que La política de Salud Mental influyó poco la práctica cotidiana de los profesionales, y la política de desinstitucionalización (deberíamos agregar: no en términos numéricos, sino filosóficos).

Pero en el ínterin, en noviembre de 1996, El Verificador general de Quebec somete su informe anual a la Asamblea Nacional. De la verificación realizada en tres administraciones regionales, retenemos los tres comentarios siguientes:

- 4.76 Mientras que estos centros (Centros hospitalarios de atención general y especializada y de atención psiquiátrica) debían reducir el número de camas, su presupuesto en Salud Mental, de 1991 a 1996, fue aumentado, principalmente por indexación, en más de 85 millones de dólares, lo que reducía aún más las posibilidades de desarrollar los servicios en el entorno de las personas. Asimismo, en un centro hospitalario de atención psiquiátrica, las sumas obtenidas por la reducción de la cantidad de camas contribuyeron a aumentar la intensidad de la atención.

- 4.77 Seis años después de la elaboración de la Política de Salud Mental, debemos comprobar su fracaso en cuanto a la reorganización deseada de los recursos en Salud Mental. También se observa cierto retroceso, dado que los recursos se concentran aún más en los tratamientos especializados.

- 4.95 La cantidad de camas disponibles en psiquiatría no respeta las normas fijadas por el Ministerio. Estas normas establecidas en 1976, son de 0,3 camas cada 1.000 habitantes para la atención breve, y de 0,2 camas cada 1.000 habitantes para la prolongada. En el conjunto de Quebec, se emplean casi el doble de camas respecto de estas normas, mientras que la tendencia observada en otras administraciones públicas norteamericanas indica una disminución de servicios internos, más allá de estas normas, en beneficio de un mejor apoyo en el medio cotidiano de las personas. En dos regiones visitadas, mencionemos que el respeto integral de estas normas representaría una reasignación de recursos hacia el medio cotidiano de las personas de alrededor de 78 millones de dólares.

El informe del Verificador confirma las críticas formuladas en el Bilan d'implantation. Tiene un impacto casi inmediato. En abril de 1997, el Comité de revisión de la Política publica un informe específico intitulado "*Orientations pour la transformation des services de santé mentale*" (19).

Esta nueva propuesta de política de desinstitucionalización sugiere priorizar a las personas con trastornos mentales severos (responsables del 80% de los días de internación), y ofrecerles en prioridad los "servicios de Salud Mental que privilegian las intervenciones en la comunidad y acentúan la calidad, la continuidad y la coordinación de los servicios."

Para ello, se apuntará a seis sub-objetivos:

1) en 2002, el 60% de los gastos públicos (excluyendo los de la Administración del seguro médico de Quebec) efectuados en el sector de Salud Mental se asignará a servicios ofrecidos en la comunidad, y el 40% a la internación. Este sub-objetivo apunta a destinar la mayor parte de las sumas invertidas a servicios en la comunidad,

cerca del entorno de los pacientes.

2) Los fondos deben ser reasignados prioritariamente para implementar y consolidar cinco tipos de servicios para estas personas, así como servicios de apoyo para los familiares. Estos servicios son: acceso al alojamiento y respuesta a las necesidades de subsistencia; intervención de crisis en todo momento; mantener el acceso al tratamiento en la comunidad; acceso a servicios de readaptación; actividades de apoyo para los familiares.

3) Las administraciones regionales, como responsables de la organización de los servicios, deben garantizar la existencia de ciertas condiciones propias al éxito de la transformación de los servicios de Salud Mental. A través de la reasignación de los presupuestos de Salud Mental en la comunidad, un financiamiento de transición, la responsabilidad frente a la clientela, mecanismos de coordinación de los servicios y la formación de recursos humanos.

4) Los centros hospitalarios que ofrecen servicios de internación en Salud Mental, deberán apuntar a una disminución progresiva de la duración media de estadía, para alcanzar los 15 días en internación breve de aquí a tres años.

5) Durante los próximos meses, cada administración regional deberá determinar cuál es el medio mejor adaptado a la clientela que reside en centro hospitalario psiquiátrico en su territorio, y el tipo de servicios que ésta necesita. Las administraciones regionales son responsables de presentar un plan de implementación para los cambios de medio cotidiano de estas personas.

6) Quebec apunta a alcanzar la norma de 0,4 camas cada 1.000 personas en 2002, para dispensar los servicios de internación psiquiátrica breve y prolongada, es decir 0,25 camas cada 1.000 personas en internación breve y 0,15 cama cada 1.000 habitantes en prolongada.

El informe justifica estas propuestas con diversas estadísticas. Por ejemplo, aunque Ontario tiene el mismo nivel de gastos per cápita que Quebec, dispone de 0,48 cama cada 1.000 habitantes (como Columbia británica: 0,46

camas) contra 1 cama cada 1.000 habitantes en Quebec. Ese índice elevado de camas cada 1.000 habitantes tiene la siguiente consecuencia: Quebec tenía en marzo de 1995, 3.700 camas disponibles de internación breve, 500 de las cuales eran para la administración de la justicia, y 3.800 camas disponibles en internación prolongada, 1.000 de las cuales eran para la deficiencia intelectual.

En 1993-94, la Isla del Príncipe Eduardo tiene una estadía media de internación en los hospitales generales de 15 días, y Quebec de 30,5 días en 1994-95. El análisis de la situación de Quebec revela que hay una falta crónica de apoyo para los familiares, que el financiamiento de las regiones es muy desigual y que la integración de los servicios está lejos de ser una realidad. Además, el 64% de los gastos van a las internaciones y el 36% a los otros servicios. Finalmente, el análisis de los tiempos de estadía muestra que 3.000 de las 6.000 camas existentes están ocupadas con personas que residen allí desde hace más de diez años, de manera ininterrumpida.

El informe concluye con la posibilidad de funcionar con un nivel de camas inferior, y de internar por menos tiempo a los pacientes, si se extiende y solidifica una red de calidad como las que ya existen en Quebec y otras localidades, a través de una reasignación de los fondos institucionales destinados a los organismos comunitarios.

En diciembre de 1998, el gobierno de Quebec publica su "*Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*" (22), en el que propone el mismo camino. Este plan reposa en el principio general de que la apropiación del poder sea "un proceso colectivo que se traduce en la participación de la persona en la vida asociativa, tal como se desarrolló en los organismos comunitarios en salud mental" (p. 17). Prioriza en los adultos a las personas con trastornos mentales graves y define ocho tipos de servicios para ellas: 1) el seguimiento intensivo en la comunidad sobre el modelo de los programas PACT (*Programs of assertive community treatment*); 2) la intervención de crisis accesible en todo momento; 3) el apoyo para

la respuesta a las necesidades de subsistencia; 4) el tratamiento en la comunidad; 5) la internación cuya duración media de estadía no debería superar los 20 días; 6) la ayuda mutua; 7) el apoyo a los familiares; y 8) las actividades de tiempo libre, la educación, el desarrollo de las habilidades personales, la integración al empleo. Por fin, define como objetivo una reasignación de los recursos en la comunidad, a saber, el 60% de los gastos públicos para la comunidad y el 40% para la internación.

El gobierno propone esta vez apoyar su política de desinstitucionalización en la implicación de los recursos comunitarios.

Conclusión

En Quebec, la política de desinstitucionalización fue iniciada y sostenida por los partidarios de la psiquiatría comunitaria. Apoyándose en el desarrollo de los hospitales, estos clínicos trataron de modificar la práctica psiquiátrica asilar durante los años 65-75, en una práctica que se basara en nuevos valores, y anclada en la realidad social de los pacientes. Si bien esta experiencia ejerció gran influencia en el medio psiquiátrico, no pudo, desafortunadamente, crear una red de recursos comunitarios que habría asumido las funciones asilares para los pacientes desinstitucionalizados o que lo necesitaban.

Durante la segunda fase de la desinstitucionalización (1975-1985), esta política fue relanzada y sostenida por los tecnócratas, con un apoyo mitigado por parte del medio psiquiátrico. Durante estos años, esta política se realizó sobre la base de una práctica hospitalaria sin vínculo sostenido y continuo con la comunidad.

La tercera etapa de la desinstitucionalización (1985-1995) fue relanzada por los tecnócratas y los gestores financieros, con la lógica de la economía de costos. Más encuadrada dentro de las administraciones regionales, será apoyada por el medio psiquiátrico que, además del abordaje biológica, apelará a las nuevas técnicas de readaptación a fin de preparar a una clientela cada vez más difícil para su reinserción social. Los recursos comunitarios empezarán a

tener un papel más determinante en el éxito de esta misión.

La cuarta etapa se anuncia con el documento "*Orientations pour la transformation des services de santé mentale*" (1997). Cada vez más dominada por la lógica del control de los costos, esta política se apoyará en los recursos comunitarios. ¿Será suficiente?

Bibliografía

1. A.P.H.Q., 1983, "La santé mentale, reflet de la réalité sociale" citado en Morin, P., 1986, "Main basse sur les ressources alternatives".
2. Aird, G., Amyot, A., Charland, C., 1984, "Rapport de la commission d'enquête sur la qualité de l'administration et du fonctionnement de l'hôpital" L.-H. Lafontaine, Montreal, Canadá.
3. Aird, G., Amyot, A., Charland, C., Robillard, L., 1985, "Rapport du comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06-A)", Montreal, Canadá.
4. Aucoin, L., 1985, "Orientation et amorce de plan d'action, hôpital L.-H. Lafontaine", Montreal, Canadá.
5. "Bilan d'implantation de la politique de santé mentale", 1997, Ministerio de Salud y Acción social, Gobierno de Quebec, Canadá.
6. Boudreau, E., 1984, "De l'asile à la santé mentale", A. St-Martin, Montreal, Canadá.
7. Cardinal, Dorvil, H., Guttman, H., 1997.
8. Comité de la santé mentale du Québec, 1985, "Rôle et place des ressources alternatives", Gobierno de Quebec, Quebec, Canadá.
9. Comité Harnois, 1987, "Pour un partenariat élargi", Montreal, Canadá.
10. Doré, M., 1987, La désinstitutionnalisation au Québec, Santé mentale au Québec, vol. XII, no. 2, 144-157.
11. Dorval, M., 1987, "Mouvement de la clientèle psychiatrique au Québec: considérations statistiques", Comité de la politique de santé mentale. Quebec, Canadá.
12. Gendreau, C., 1988, Le public, le privé, le communautaire (acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale), Santé mentale au Québec, vol. XIII, No. 1, 48-56.
13. Le Vérificateur général du Québec, 1996, "Rapport du vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996", tomo II., Gobierno de Quebec, Canadá.
14. Lecomte, Y., 1986, Le système de soutien communautaire: hypothèse pour une réforme des services en santé mentale, Santé mentale au Québec, vol. XI, 1: 5-18.
15. Lecomte, Y., 1984, Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation, Santé mentale au Québec, vol. IX, 2, 134-140.
16. Lecomte, Y., 1988, Le processus de désinstitutionnalisation aux Etats-Unis (première partie), Santé mentale au Québec, vol. XIII, 1: 34-47.
17. Leduc, A., 1983, Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle: foyer de groupe et appartements supervisés, Santé mentale au Québec, vol. VIII, 1: 140-143.
18. Mercier, C., 1997, Les réalités de la réinsertion sociale au Québec, L'Information psychiatrique, en imprenta.
19. "Orientations pour la transformation des services de santé mentale", 1997, Ministerio de Salud y Acción Social, Gobierno de Québec, Canadá.
20. Pagé, J. C., 1961, "Les fous crient au secours", E. du Jour, Montreal, Canadá.
21. Plante, M., 1985, "Plan de services en santé mentale pour la période 1985-1990", citado en Morin, P., 1986, "Main basse sur les ressources alternatives", Canadá.
22. "Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale", 1998, Ministerio de Salud y Acción Social, Gobierno de Quebec, Canadá.
23. "Politique de santé mentale, 1989, Ministerio de Salud y Acción Social, Gobierno de Quebec, Canadá.
24. "Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques", 1962, Ministerio de Salud y Acción Social, Gobierno de Quebec, Canadá.

Salud mental y rehabilitación: la dinámica de diversificación y homogeneización de organizaciones, discursos y prácticas

Lourdes Rodríguez del Barrio, Ph. D.

*Profesor, Universidad de Ottawa,
Quebec, Canada
E-mail: lbarrio@uottawa.ca*

Los Servicios Estatales de Salud Mental invierten cada vez más energía en la búsqueda de modelos eficaces de readaptación social en psiquiatría. Se fomenta la creación de sistemas de servicios y de modelos de intervención que puedan adaptarse a realidades locales diferentes. Y se pretende también dar un lugar central al usuario y a las soluciones cercanas a su medio de vida. Sin embargo, paralelamente, las exigencias políticas, administrativas y organizativas tienden a imponer criterios de evaluación estadísticos y standards que intentan, sobre todo, la generalización de los resultados. Y así, son verdaderamente raras las investigaciones que tienen en cuenta la riqueza y

pluralidad de las experiencias comunitarias y locales, o que intentan describir el contexto particular de aplicación de un modelo específico.

En general, se concede más importancia a la determinación de aquellos criterios de éxito y eficacia de las intervenciones que permiten implantar un modelo uniforme de intervención en un conjunto diversificado de servicios complementarios. Mientras que, por otro lado, los sistemas públicos de Salud Mental integran rápidamente los discursos y las prácticas que verdaderamente pretenden innovar los modelos de intervención (3)(*). Por ejemplo, el concepto de intervención «comunitaria», como más adelante vere-

mos, se ha convertido en un término organizador de la desinstitucionalización. Pero el aparente consenso alrededor de esta noción oculta las diferencias profundas entre concepciones de la Salud Mental y formas de intervención diferentes.

Así, al mismo tiempo que puede hablarse del establecimiento de una variada gama de servicios, puede también observarse una fuerte tendencia a la homogeneización de las perspectivas y de las prácticas en Salud Mental. Dada esta situación, podemos preguntarnos, por un lado, cuál es el lugar que ocupan concretamente los usuarios en la planificación, en la determinación de las necesidades y en el establecimiento de crite-

Resumen

El campo de la Salud Mental se ha visto profundamente transformado por el movimiento de la desinstitucionalización. Los Servicios Estatales de Salud Mental invierten cada vez más energía en la búsqueda de modelos eficaces de readaptación social en psiquiatría. Se fomenta la creación de sistemas de servicios y de modelos de intervención que puedan adaptarse a realidades locales diferentes y se pretende también dar un lugar central al usuario y a las soluciones cercanas a su medio de vida. Sin embargo, paralelamente, las exigencias políticas, administrativas y organizativas tienden a imponer criterios de evaluación estadísticos y standards que intentan, sobre todo, la generalización de los resultados y generan una fuerte tendencia a la homogeneización de las perspectivas y de las prácticas en Salud Mental.

Palabras clave: Desinstitucionalización - Servicios de Salud Mental - Readaptación social - Rehabilitación y psiquiatría

MENTAL HEALTH AND REHABILITATION

Summary

The field of the Mental Health has been deeply transformed by the movement of the desinstitutionalization. The State Services of Mental Health invest more and more energy in the search of effective models of social readaptation in psychiatry. The creation of systems of services and of intervention models that could be adapted to different local realities has been fomented. It is also sought to give a central place to consumers and to the search of solutions closely related to their environment. However, political, administrative and organizational demands spread, tending to impose statistical evaluation criteria and standards that mainly attempt to the generalization of the results and that generate a strong tendency to the homogeneization of perspectives and practices in Mental Health.

Key words: Disinstitutionalization - Mental Health Services - Social readaptation - Rehabilitation and psychiatry.

rios de evaluación de los modelos de intervención. Y por otro, si los modelos dominantes de intervención y concertación de servicios, permiten realmente adaptar las prácticas a los contextos locales y a las trayectorias de vida de las personas que los utilizan; o más bien, las prácticas y los criterios de evaluación, privilegiados por estos modelos, responden a las exigencias de organización y gestión del sistema de servicios (4), cada vez más complejo, sofisticado y auto-exigente.

El campo de la Salud Mental se ha visto profundamente transformado por el movimiento de la desinstitucionalización. Este movimiento ha sido influenciado por factores y actores diversos, e incluso, contradictorios: desde la introducción de los tratamientos psicofarmacológicos, hasta las corrientes críticas en psiquiatría. Esta coyuntura, contribuye a desarrollar y elaborar la trama en que las nuevas prácticas sociales que rodean la «locura», la enfermedad y la Salud Mental han de ser establecidas. El rol que ocupan y ocuparán las personas que precisan la rehabilitación en esta nueva situación está todavía por comprender y determinar. Pero nuestra posición es que estudiar dicho rol es crucial y determinante. Con Michel Audisio (1) nos inquieta el riesgo de eliminar en los trata-

mientos y prácticas de readaptación las preocupaciones asociadas a la subjetividad individual y de reducir la posibilidad de elección de diversas perspectivas terapéuticas, sustituyendo una pluralidad de perspectivas, prácticas y actores a la aplicación casi obligatoria de un modelo único de intervención considerado como el único eficaz.

El objetivo de este artículo es analizar la evolución en el campo de la rehabilitación de la Salud Mental en Quebec, desde un punto de vista organizativo y político. Se trata de estudiar el desarrollo de dos tipos de organismos cuya vocación común es la readaptación y la reinserción en Salud Mental, pero que mantienen relaciones muy diferentes con los modelos dominantes de tratamiento y con los hospitales psiquiátricos: por un lado, las estructuras intermedias (EI), que desarrollan servicios de readaptación en continuidad y complementariedad con los servicios psiquiátricos; y por otros los organismos comunitarios y alternativos en Salud Mental (OCASM), que se sitúan al exterior y en oposición a la psiquiatría y contestan la concepción bio-médica y los modelos de rehabilitación centrados en la adaptación y la normalización de los individuos. Agrupados, estos organismos se presentan como un movimiento social, un espacio que permite a las personas que han vivido una situación de exclusión social a causa de los problemas de salud mental, las condiciones para reapropiarse del poder sobre sus propias vidas (empowerment) y acceder al rol, perdido, de ciudadano, ocupando un puesto significativo en la sociedad. El rol atribuido al concepto de «comunitario» en el discurso dominante de la readaptación en Salud Mental oculta estas diferencias de filosofía e intervención de los diversos actores y el lugar que ocupan los usuarios en los diferentes organismos e instituciones. Nuestro análisis cuestiona, pues, los procesos de homogeneización de los discursos y de las prácticas en Salud Mental. Y sus interrogaciones reflejan los trabajos del Equipo de investigación y de acción en salud mental y cultura (ÉRASME)**.

1. Dinámicas de diversifica-

ción y homogeneización del campo de la rehabilitación en salud mental

Pluralidad de actores

La desinstitucionalización de la Salud Mental en Quebec ha sido el resultado de un proceso complejo, que ha exigido la coincidencia temporal de un movimiento interno a las Instituciones psiquiátricas y otro movimiento, externo, originado por nuevos actores que reivindicaban otras formas de abordar los problemas de salud mental (2).

Desde el interior, el movimiento de desinstitucionalización tuvo como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, rompiendo los procesos de marginalidad y de exclusión asociados a la hospitalización a largo plazo. Constituido fundamentalmente por profesionales, este movimiento propone la apertura del

* En este artículo se analizan los discursos y modelos de intervención que se organizan alrededor del concepto de «empowerment». Se trata de mostrar la diversidad de significaciones y prácticas asociadas a este concepto según los actores y el contexto de aplicación. Se pretende así, destruir el consenso aparente que transmiten los discursos dominantes sobre la readaptación y la reinserción en psiquiatría.

Este artículo se apoya en los resultados de una investigación sobre 60 usuarios de organismos comunitarios y alternativos de salud mental. A través de entrevistas semi-dirigidas, esta investigación ha permitido reconstruir la significación subjetiva y la gravedad de las implicaciones que los diferentes tratamientos de salud mental pueden producir en la trayectoria de vida y la vida cotidiana de las personas. Todo ello, con la intención de resaltar que la utilización de los diferentes servicios y organismos pueden y deben situarse, los unos respecto a los otros, según el lugar que ocupan en la trayectoria de vida y en la resolución de problemas personales.

** Este equipo está financiado por el Consejo de la investigación social de Quebec (Conseil québécois de la recherche sociale -CQRS), gracias a un programa de subvenciones cuyo objetivo es la creación de equipos de investigación que promuevan instituciones u organismos que trabajen en los distintos sectores de la salud y de los servicios sociales. ÉRASME, dirigido por Ellen Corin, ha sido constituido en 1991 y agrupa, por un lado, siete investigadores universitarios (Louise Blais, Universidad de Ottawa, servicio social; Gilles Bibeau, Universidad de Montreal, antropología; Ellen Corin, Universidad McGill, psiquiatría y antropología; Jocelyne Lamoureux, Universidad de Quebec en Montreal, sociología; Lourdes Rodríguez del Barrio, Universidad de Ottawa, servicio social; Cécile Rousseau, Universidad McGill, psiquiatría; Ricardo Zuniga, Universidad de Montreal, trabajo social). Por otro lado, más de 200 organismos comunitarios que trabajan en el sector de la salud mental y de la intervención intercultural que participan en el equipo a través de sus reagrupamientos provinciales: el Reagrupamiento de recursos alternativos en salud mental de Quebec (RRASMQ: Lorraine Guay, Jean Gagné) y la Mesa de concertación de organismos de Montreal al servicio de los refugiados (TCMS: Stephane Reichhold, Abdelwahed Mékiki-Berrada). Finalmente, el Instituto Intercultural de Montreal (Kalpana Das, Emongo Lomomba y Marc Perreault), es un organismo comunitario que ha desarrollado una infraestructura de relaciones con representantes y expertos de diversas comunidades culturales y con las naciones autóctonas.

sistema de servicios a modelos de intervención alternativos a los modelos médicos tradicionales y la creación de una nueva gama de servicios diversificados, más cercanos a la vida cotidiana del paciente. Se esperaba así facilitar su readaptación social, al mismo tiempo que se reducían los costes del sistema sanitario.

El movimiento exterior al sistema, que aparece alrededor de los años setenta, constituye un nuevo espacio de reivindicación y experimentación de nuevas prácticas. Se trata de los Organismos Alternativos de Salud Mental inspirados en el movimiento antipsiquiátrico europeo (fundamentalmente italiano), en el movimiento americano de defensa de los derechos de las personas psiquiatrizadas (Survivors) y en el movimiento comunitario quebequense que surge de la "revolución tranquila"***. Desde sus orígenes, estos organismos alternativos se han desarrollado siguiendo dos vías complementarias. La primera se organiza alrededor de la defensa de los derechos de las personas psiquiatrizadas y la denuncia de los abusos existentes en el sistema psiquiátrico vigente. La segunda, desea constituir modelos de prácticas y espacios alternativos que permitan abordar los problemas de salud mental siguiendo la divisa del "aillieurs et autrement" (en otro lado y de otra manera). Este movimiento externo al sistema esta potenciado, de un lado, por ciertos profesionales de los propios servicios psiquiátricos que han desarrollado una perspectiva crítica y, por otro, por personas psiquiatrizadas. A principios de 1980, estos organismos constituyen el "Regroupement des ressources alternatives de santé mentale du Québec" (RRASMQ). Esta asociación se da como misión la de desarrollar los organismos comunitarios y alternativos en Salud Mental, representarlos políticamente y mantener un rol crítico ante la psiquiatría. Actualmente, el RRASMQ reagrupa más de cien

organismos-miembros en todas las regiones de Quebec. La mayoría de las personas que frecuentan estos organismos han recibido un diagnóstico psiquiátrico grave, han sido hospitalizadas y reciben un tratamiento farmacológico. Para formar parte del RRASMQ, cada organismo debe adherirse a una serie de principios de intervención que atribuyen un rol central a los usuarios en la determinación tanto de sus necesidades como de la manera de frecuentar y participar en las actividades. Los usuarios ocupan también un lugar central en la gestión del organismo a través de su participación en las altas instancias de decisión, tales como el Consejo de Administración y la Asamblea General.

Desde el punto de vista político, a partir de 1980 el proceso de desinstitucionalización se concreta, progresivamente, a través del desarrollo y consolidación de servicios extra-hospitalarios.

Por una parte, el Ministerio de la Salud y Servicios Sociales de Quebec favorece la implantación de "estructuras intermediarias" (EI). Se trata de espacios residenciales más pequeños que el hospital, donde se ofrecen servicios psiquiátricos adaptados a la peligrosidad y al nivel de autonomía de los pacientes (10). A medio camino entre el hospital y el medio de vida, estas estructuras intermediarias intentan, por un lado, desinstitucionalizar y rehabilitar a los pacientes que han residido durante largos períodos en psiquiatría, y por otro, tratan de impedir que los nuevos pacientes se transformen en crónicos. Estas estructuras están ligadas institucionalmente a los hospitales o a las instituciones regionales de gestión de servicios sociales públicos. En general, los hospitales psiquiátricos mantienen, en primera y última instancia, la responsabilidad de los tratamientos y la atribución de financiación a estas estructuras.

Por otro lado, y en este mismo período, las nuevas orientaciones ministeriales y la flexibilización de los procedimientos de gestión administrativos favorecen también la emergencia y la consolidación de "organismos comunitarios alternativos en salud mental" (OCASM), que proponen otra filosofía de readaptación para las per-

sonas psiquiatrizadas. Una buena parte de estos organismos se integraran en el RRASMQ.

La multiplicación de ambos tipos de estructuras (EI) y organismos (OCASM) constituyen una especie de laboratorio gigantesco y original, un espacio múltiple de ensayos, experimentación y práctica. Esta pluralidad es reconocida como un elemento esencial y original de la realidad quebequense por el Comité encargado de elaborar la política de Salud Mental de esta provincia (9) en el que el RRASMQ ha participado activamente. El informe de este Comité sugiere la promoción tanto de los organismos comunitarios y alternativos (OCASM) como de las estructuras intermediarias (EI), a través de financiación independiente y específica para cada tipo. Y esto a fin de ofrecer una gama completa de servicios a las personas que los precisen (15).

Nivel Político: reconocer o diluir las diferencias

Contra estas corrientes de pluralismo innovador, la Política oficial de Salud Mental (11) parece pronunciarse a favor de un movimiento uniformador que elimine las diferencias entre estructuras intermediarias (EI) y organismos alternativos y comunitarios (OCASM).

A nivel del discurso explícito esta política prioriza las soluciones que emergen del medio de vida de las personas (la familia, la comunidad, etc.), y confirma el objetivo de reducir el rol centralizador, tradicionalmente atribuido al hospital en el sistema de servicios psiquiátricos. Concretamente, se reconoce oficialmente a los Organismos Comunitarios (OCASM), a quienes se invita a participar en las nuevas instancias regionales de planificación de servicios. Sin embargo, se elimina en la política oficial la diferencia real entre organismos comunitarios (OCASM) y estructuras intermediarias (EI), calificándose con la misma etiqueta ambos tipos de establecimiento: "Organismos Comunitarios".

De esta manera la política de Salud Mental en Quebec, gracias a este juego verbal, evacúa la especificidad de las auténticas alternati-

*** Momento crucial en la historia de Québec que comienza a finales de los años 70. Es la época de implantación del Estado-providencia, de los grandes proyectos y reivindicaciones sociales.

vas comunitarias, potencia la homogeneización de las prácticas, y minimiza el rol crítico de estos organismos de cara al sistema psiquiátrico (15). La crítica externa es presentada como autocrítica interna al sistema.

En este mismo movimiento de homogeneización, la política oficial limita la misión de estos nuevos "Organismos Comunitarios" a la prevención, la rehabilitación y la reintegración social (11:50). Con lo que, al reconocer la misión terapéutica exclusivamente a los servicios psiquiátricos, el rol central de estas instituciones se ve confirmado (6,15). Además, los recursos financieros del sistema continúan concentrándose en el desarrollo y mantenimiento de los servicios hospitalarios. Los documentos ministeriales más recientes (7) reconocen que las promesas de desinstitucionalización no se han cumplido y constatan que el conjunto de servicios comunitarios no recibe más que un seis por ciento del presupuesto dedicado a la salud mental.

La Ley de la Salud y los Servicios Sociales, que rige en su conjunto el sistema público de servicios sociales y de salud (8), establece un estatus particular para las estructuras intermediarias (EI) distinguiéndolas de los Organismos comunitarios a quien se les reconoce autonomía respecto al sistema estatal de servicios, tanto en sus orientaciones como en sus prácticas. Esta Ley define a estas estructuras como organismos a través de los cuales las Instituciones oficiales pueden ofrecer servicios residenciales y de apoyo comunitario, en función de las necesidades de los usuarios y a fin de ayudarles a mantenerse o integrarse en su propia comunidad. Sin embargo, en su aplicación, la confusión entre los Organismos comunitarios y las estructuras intermediarias se mantiene. En mayo de 1993, el Ministerio ha procedido a elaborar un Inventario de Organismos susceptibles de ser calificados de Organismos Intermediarios (OI). Varios organismos residenciales comunitarios y alternativos han sido absorbidos "de oficio" en este Inventario, recibiendo la calificación de estructuras intermediarias (EI). Así los gestores públicos tienden a eliminar

en la práctica, y verbalmente, toda diferencia entre distintas filosofías de intervención en Salud Mental. Y la pluralidad de servicios y prácticas es así derrotada a través de medios y consideraciones puramente administrativos.

La ambigüedad de rol conferido al sector comunitario en salud mental

Las investigaciones sobre los procesos de concertación y reforma de los sistemas de Salud Mental en Quebec (13,14,12,15) muestran que los políticos han dado al término "comunitario" un rol crucial, como concepto integrador en el desarrollo de prácticas de reinserción. Pero lo han hecho de tal modo que el concepto ha sido revestido de una fuerza consensual inexistente al mismo tiempo que contradictoria, ya que, como los autores citados han constatado en su investigación, el propio concepto "prácticas comunitarias" es utilizado como referencia de diferentes campos semánticos y distintos campos de experiencia. Se han identificado tres utilidades de este término claramente diferenciadas, y que corresponden mayoritariamente a actores diversos.

En primer lugar, para los planificadores, administradores, y un cierto número de profesionales clínicos, las prácticas comunitarias hacen referencia a una organización específica de los servicios que apoya la reinserción de los pacientes. Esta interpretación acentúa el aspecto instrumental. Así, por ejemplo, los Departamentos de psiquiatría en los centros hospitalarios fueron considerados durante un tiempo como servicios comunitarios de psiquiatría aunque la concepción de la salud mental y el tipo de tratamiento sea semejante al de los hospitales psiquiátricos.

En segundo lugar, para la política de Salud Mental, el término implica la participación de Organismos Comunitarios Alternativos (OCASM) en la planificación y organización de los servicios con la finalidad de introducir la diversidad en la oferta de servicios y reducir el monopolio del sector público.

Y, finalmente, para los reagrupamientos de organismos comunitarios y alternativos el término

"comunitario" y "comunidad" hacen referencia a una forma de comprender las relaciones sociales, de elaborar estrategias de existencia y de expresar unos valores específicos.

La primera interpretación tiende a dominar (15) y así, desde el punto de vista de la planificación de servicios, se efectúa una utilización tecnocrática del discurso sobre salud mental, al mismo tiempo que se produce un deslizamiento progresivo del debate sobre los Organismos Alternativos (OCASM) y las Estructuras Intermedias (EI) hacia diferenciaciones que son exclusivamente administrativas. Aunque, desde el punto de vista de los modelos de intervención, puedan apreciarse y destacarse diferencias significativas entre las prácticas desarrolladas por uno u otro de estos tipos de organismos.

La investigación muestra que las Estructuras Intermedias (EI) han sido concebidas para ayudar a las personas a "pasar de la institución a la comunidad", construyendo una red de servicios en continuidad con el establecimiento psiquiátrico. Así se asegura que los pacientes no pierden contacto con el sistema, ofreciendo al mismo tiempo un encuadramiento más flexible y una variedad de servicios. Al contrario, los Organismos Comunitarios y Alternativos (OCASM) tienen como objetivo el desarrollo psicosocial y la rehabilitación de las personas en la comunidad; es decir, que desde esta práctica lo que se está promoviendo es una reducción de la dependencia del paciente respecto a las intervenciones médicas. Así, según estos autores, las Estructuras Intermedias dan más importancia a la protección y al mantenimiento del tratamiento médico, mientras que los Organismos Comunitarios y Alternativos dan más importancia al desarrollo de una autonomía creciente.

La diferenciación administrativa entre Estructuras Intermediarias y Organismos Alternativos, basada en sus relaciones con los establecimientos públicos, son, en este contexto, muy significativas, tanto en lo referente a las prácticas como a su impacto en el proceso de reinserción de las personas: las Estructuras Intermedias

tienden a desarrollar redes en continuidad y complementariedad con las instituciones psiquiátricas, mientras que los organismos alternativos se colocan en oposición a los principios de "continuidad y complementariedad". Estas diferencias se expresan concretamente a través de tres prácticas fundamentales:

1) el acceso a los Organismos Alternativos y Comunitarios depende de la decisión de la persona de participar voluntariamente y no de la voluntad de un profesional en el contexto de un plan de servicios;

2) el lugar del usuario de los Organismos Alternativos y Comunitarios es central: son los propios usuarios quienes pueden y deben fijar sus propios objetivos y participar en las instancias de decisión y gestión del organismo (Consejo de Administración, Asamblea general, Comités de trabajo, etc.);

3) la persona usuaria construye su propia estrategia de demanda de ayuda y puede circular libremente en los organismos y establecimientos de su elección.

Según que predominen una u otra forma de organismos (comunitario o intermediario) y de formas de concertación, se pueden observar tres tipos diferentes de organización de los servicios en la comunidad:

1) Modelo centrado en los establecimientos públicos de servicios: En este caso una gama completa de servicios depende de un mismo establecimiento. Este modelo pone el énfasis en la complementariedad y la continuidad de los servicios ofrecidos por profesionales.

2) Modelo alternativo, que se sitúa en el extremo opuesto: Son los organismos comunitarios alternativos ya mencionados (OCASM), que originariamente fueron fundados y creados por la comunidad ciudadana que dominan. Se trata, en general, de un sistema abierto, donde la participación en las actividades es libre para la persona. El organismo elige también las relaciones a establecer con otros organismos y establecimientos, sin responder necesariamente a las exigencias de una gama de servicios planificada. Este modelo de concertación constituye raramente un sistema completo de inserción y

de apoyo.

3) Modelo centrado sobre la planificación de la comunidad. Intenta situarse a medio camino entre los dos primeros. Se trata de un modelo de concertación establecido a partir de los establecimientos públicos de planificación regional o local, pero que concede mucha importancia a los organismos comunitarios (OCASM). Sin embargo, y dado que el equilibrio entre ambos extremos es conflictivo, este modelo tiende a reestructurar la comunidad en función de programas expertos y profesionales.

Esta diversidad de actores, organismos, filosofías de intervención y prácticas queda seriamente amenazada por el movimiento de homogeneización propio de un sistema que busca exclusivamente su eficiencia, reduciendo la definición de esta última a criterios económicos o cuantificables. Al mismo tiempo que, estos procesos sutiles de unificación de discursos, que se dan tanto en el ámbito político como en los niveles de planificación, programación y evaluación de servicios, ponen en peligro la legítima autonomía de los organismos comunitarios y alternativos. Pero la pregunta crucial y fundamental que se nos plantea se refiere al impacto causado por estos procesos de uniformización sobre la inserción y rehabilitación de los usuarios, sobre sus trayectorias de vida y su cotidianidad. El desafío consiste, precisamente, en articular la totalidad de las intervenciones a las estrategias, a las iniciativas, a las actitudes, a las creencias y al universo experiencial de las personas que se ven confrontadas a la experiencia psicótica (5). Y evaluar, por tanto, estas intervenciones a partir del punto de vista de los usuarios y del lugar que ocupan en su universo cultural y en sus vidas.

Bibliografía

1. Audisio, M., "Une politique de santé mentale est-elle recevable dans une éthique?" en Louzoun, C., (dir.) Santé mentale: réalités européennes, Éditions Érès, Toulouse, 1993.
2. Boudreau, F., De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: histoire et institutions., Éditions St-Martin, Montréal, 1984.
3. Corin, E., Rodriguez, L., Guay, L.,

4. "Les figures de l'aliénation. Un regard alternatif sur la réappropriation du pouvoir", Revue canadienne de santé mentale communautaire, 1996, Vol. 15, no 2, p. 45-67.
4. Corin E., et Harnois G., "Problems of Continuity and the Link between Cure, Care, and Social Support of Mental Patients" en International Journal of Mental Health, 1991, Vol. 20, no. 3, p. 13-22.
5. Corin, E., Lauzon, G., "Positive Withdrawal and the Quest for Meaning. The Reconstruction of Experience among Schizophrenics", Psychiatry, 1992, Vol. 55, 3: 266-278..
6. Lamoureux, J., Le partenariat à l'épreuve, 1994, Éditions Saint-Martin, Montréal.
7. Gouvernement du Québec, Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale du Québec, 1998, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
8. Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. 1991, Gouvernement du Québec (LQ.1991,c.42), Québec.
9. La Politique de Santé mentale, 1989, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
10. Gouvernement du Québec, Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, Les publications du Québec, Québec.
11. Québec (1985) La santé mentale, rôles et place des ressources alternatives, avis sur les ressources alternatives. Comité de la santé mentale du Québec, Direction générale des publications gouvernementales.
12. Whyte D., Mercier, C., La Politique de santé mentale et la communautarisation des services, Revue santé mentale du Québec, 1995, vol XX, no. 1, 17-30.
13. Whyte, D., "Les processus de réforme et la structuration locale de systèmes. Le cas de réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec", en Sociologie et société, 1993, vol. XXV, no. 1, printemps.
14. Whyte, D., "(De)constructing Continuity of Care: The Desinstitutionalization of Support Service for People with Mental Health Problems", Canadian Journal of Community Health, 1992, 11, no. 1, p. 85-99.
15. Whyte D., Mercier C., "Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois" en Santé mentale au Québec, 1989, Vol. XIV, no. 1.



La rehabilitación psicosocial en psiquiatría

Entrevista a Gilles Vidon

Por Dominique Wintrebert

Gilles Vidon es Jefe de Servicio en el Centro Hospitalario de Charenton, ese famoso hospital ubicado en los suburbios de París. Fue coordinador del libro "La Rehabilitación psicosocial en psiquiatría" y actualmente organizador del VII Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial a realizarse en Francia el año próximo (ver Señales en este número de Vertex) que llevará por título: "Alentar la diversidad y preservar la equidad".

Vertex: ¿Qué es la rehabilitación psicosocial?

Gilles Vidon: Ese término alude a un concepto que, aunque bien conocido en el mundo entero, es poco conocido en Francia, en virtud de que en nuestro país lo hemos traducido sin darle su significación integral. *Rehabilitation*, en inglés proviene del verbo *to able*, ser capaz, y de allí viene *disability*, incapacidad. O sea que rehabilitación quiere decir volver a dar capacidad. Al traducirlo al francés hubo un deslizamiento semántico del mismo orden que el que ocurrió traduciendo literalmente *desinstitutionalisation*. En inglés este último término quiere decir cierre de hospitales, mientras que en francés *desinstitutionalisation* envía a un campo semántico mucho más amplio. Es decir, que en nuestro idioma evoca muy especialmente todo lo relativo al movimiento de terapia institucional que concitó el interés de la psiquiatría francesa después de la Segunda Guerra Mundial y hasta los años '70, bajo el liderazgo de François Tosquelles.

Vertex: Efectivamente, el término institución ha tenido en Francia un uso extensivo, a tal punto, que se ha llegado a hablar de la relación médico-paciente como de una institución en sí misma.

Vidon: Así es, por lo tanto en Francia deberíamos restringirnos a utilizar la palabra deshospitalización para hablar de la desinstitutionalización anglosajona. El objetivo de la terapia institucional era transformar la institución asilar en un lugar de tratamiento. A partir de esa idea se desarrollaron diversas corrientes de pensamiento que contribuyeron a modificar la relación médicos-enfermeros/as-pacientes. Hasta ese momento solo existía la famosa pirámide, descrita por Georges Daumezon, en la cual los pacientes ocupaban la base y el médico jefe estaba en la cima, con todos los fenómenos de preeminencia que ello conllevaba.

Para los defensores de la terapia institucional, la utilización de métodos psicoterapéuticos y la modificación de las relaciones jerárquicas debían permitir que la institución se convirtiera en un lugar en el cual el paciente pudiera actuar sus conflictos y estos pudieran ser analizados siendo el equipo y los pacientes quienes officiarían como "analizadores". El objetivo principal, tal como fue estudiado por la corriente lacaniana, era el análisis de la transferencia y de la contratransferencia del conjunto equipo-pacientes. En el

Congreso de Sèvres estalló una gran polémica en torno a este análisis de las transferencias y de su interpretación. La corriente lacaniana, liderada por Gérard Oury, proponía devolver al paciente lo que él había distribuido de manera un poco anárquica en el seno de la institución.

Vertex: Es decir, establecer una relación a partir de esos contenidos diseminados y analizar los fenómenos institucionales como una repetición de los conflictos vividos por el paciente con su entorno.

Vidon: Exactamente. Para que un sistema así funcione, hacen falta clínicos competentes y una gestión analítica compartida. En dicho Congreso de Sèvres, la corriente ortodoxa del psicoanálisis francés, con Paul Racamier a la cabeza, planteó que no era posible pedirle, por ejemplo, a los enfermeros, interpretar su contratransferencia por que ello era una tarea para la cual no estaban advertidos. A partir de ello Racamier sostenía que, efectivamente, había que tratar a la institución de manera que diera los mejores cuidados de tratamiento posibles, y que para ello debían tenerse en cuenta las contra-actitudes de los miembros del equipo, pero que no se debía interpretar.

Se produjo así una divergencia entre las dos corrientes: Racamier defendió un modelo de tratamiento bifocal con un médico psiquiatra tratante y un médico psicoterapeuta, y los lacanianos, por su lado, fueron más lejos en el desarrollo de la terapia institucional propiamente dicha.

A partir de los años '70, asistimos a un reflujo de estas iniciativas a causa de diversos factores: políticos, filosóficos, sociales, de pérdida de influencia del psicoanálisis y hasta de una desafección respecto de la idea misma de una terapia institucional. Esto último no está desligado del descubrimiento del efecto nocivo de la hospitalización prolongada; cuando la permanencia en el hospital dura demasiado tiempo la institución, en lugar de ser un lugar de tratamiento, deviene un lugar de sobrealienación. Fueron creadas así herramientas alternativas a la hospitalización, pero ellas portaron, en germen, sus propias dificultades. Jean Garrabé ha podido describir así las que llamó escisiones interinstitucionales, que ocurren cuando distintos equipos, de lugares diferentes, tienen opiniones divergentes sobre un mismo paciente, en esos casos el pasaje de una institución a otra es un

factor de recaída o de agravación de la patología en virtud de contra-actitudes diferentes de ambos equipos no analizadas. Esto es importante en nuestro país por que en la psiquiatría de Sector se pasa, sin cesar, de una institución a otra y el paciente está obligado, no solamente, a establecer transferencia con diferentes personas, sino también con distintas instituciones, lo cual vuelve problemático el análisis de las transferencias y requiere una suerte de psiconálisis permanente de las instituciones, lo cual es extremadamente complicado.

La psiquiatría francesa moderna se fundó sobre la política de sectorización que vino a tomar el lugar de la psicoterapia institucional. Su principio es que un mismo equipo multidisciplinario ofrece una continuidad de tratamientos desde la internación en el hospital hasta el seguimiento extrahospitalario incluso en el mismo domicilio del paciente, buscando el ideal de que el tratamiento se haga en la comunidad y no se produzca una ruptura con el medio habitual en el que vive.

Vertex: ¿Y cuál es la dimensión suplementaria que aporta la rehabilitación psicosocial a todo ello?

Vidon: El error de la sectorización fue instalar en la cabeza de los funcionarios del gobierno que el Sector iba a tomar a cargo el "todo" de la Salud Mental y que la sociedad civil no tenía que ocuparse más de los enfermos mentales. Así fue, los pioneros de la sectorización le aseguraron a los poderes públicos que el Sector lo iba a hacer todo. Por el contrario, en los países anglosajones o de Europa del Norte, en los que no existía una política de Sector, fueron creados -a partir del presupuesto social y no del psiquiátrico- muchísimos lugares de alojamiento, de acompañamiento social, etc. mientras que en Francia ese tipo de instituciones ocupó un lugar marginal. Se explica así, por ejemplo, la contramarcha que lidera en la ciudad de Lille el Dr. Roelandt, quien se niega a tener en su Servicio asistentes sociales para obligarse a recurrir a las que dependen de la Municipalidad y no prescribe tratamientos farmacológicos derivando esa tarea a los médicos de familia. Encontramos en esos ejemplos una voluntad extrema de resituar al paciente en su ambiente de origen.

Vertex: ¿No podría verse allí una perspectiva antipsiquiátrica?

Vidon: No, porque todo ello no le impide atender a los paciente, hospitalizarlos, si es necesario, y luego recomendar por correo a los médicos de familia la medicación que se debe prescribir en cada caso. Eso permite al paciente recurrir al sistema de apoyo social municipal y al sistema de salud no psiquiátrico. Actualmente existe, en nuestro país, un foso entre el aparato de Salud y las instituciones sociales que la rehabilitación se propone llenar para que los pacientes psiquiátricos sean incluidos en las instituciones sociales ordinarias de la comunidad.

Vertex: ¿Qué hay que hacer para lograrlo?

Vidon: La noción reciente de red proporciona una respuesta. De cada campo deben nacer las iniciativas, de manera tal, como para que se construyan redes en el seno de las cuales los pacientes se puedan desplazar.

Vertex: ¿Y cuáles han sido las críticas a esa propuesta?

Vidon: La rehabilitación psicosocial en su versión anglosajona, insiste en la mejora de las capacidades persistentes del sujeto enfermo y de su funcionamiento social como para que pueda tener éxito y satisfacción en el medio de su elección con la menor dosis de intervención profesional posible. Las críticas dirigidas a la psiquiatría de Sector ponían el acento en el poco interés que ella manifestaba por las posibilidades de vida de los pacientes en el exterior del circuito psiquiátrico, en su medio natural y habitual de vida.

Vertex: ¿Está diciendo que con la sectorización se creó un medio de vida paralelo?

Vidon: Efectivamente. Zenoni, un psicólogo belga, dice que es fácil salir del asilo, pero que no lo es tanto salir de los muros de la psiquiatría cuando ésta está organizada en la escala del Sector, por que no hay pasajes entre el tratamiento psiquiátrico y el medio natural. Hoy en día, tenemos una oportunidad excelente para reunir el dispositivo del Sector, con el que ya contamos, con la rehabilitación psicosocial. Si lo hacemos iremos muy adelante de los otros.

Hay que entender a la rehabilitación psicosocial como un movimiento que se da un cierto número de objetivos que apuntan a la obtención de un estatus de ciudadano a parte entera para los pacientes psiquiátricos. Para comenzar, el objetivo principal es actuar a nivel de la sociedad a fin de modificar la imagen de las instituciones psiquiátricas y de la enfermedad mental. En muchos lugares existen todavía severos prejuicios en relación a ambas. Hay estudios sobre este fenómeno en todo el mundo. Actualmente Norman Sartorius está llevando a cabo uno que apunta a demostrar cómo un trabajo centrado en la modificación de la imagen de la psiquiatría y de los enfermos mentales permite una mejoría de la *compliance* y del bienestar de los pacientes.

La Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial milita también para que sean reconocidos los derechos de los usuarios y de sus familias. La psiquiatría está llamada a actuar para darles una existencia real, reconocerlos. Esto está muy desarrollado en ciertos países con resultados interesantes. Es cierto que ciertas Asociaciones de usuarios han desarrollado actitudes antipsiquiátricas, pero también es cierto que han creado centros de atención en la comunidad. A título de ejemplo, ocurre en algunos lugares que cuando un paciente sale de una hospitalización es acogido en su domicilio por usuarios que ya han atravesado la misma experiencia, lo cual permite desde el inicio otra manera de ver las cosas. Esos usuarios partici-

pan, por ejemplo en Noruega, de un Centro de crisis, en otros países de departamentos terapéuticos, etc. Dar poder a los usuarios va a facilitar una mejor aceptación de la enfermedad mental y permitir una mejor calidad de vida de las personas aquejadas por ella. En Francia ese movimiento es muy incipiente; las asociaciones de familiares están poco implantadas y las de usuarios apenas naciendo.

Todo ello no conduce inevitablemente a plantear la cuestión de la alianza terapéutica entre los equipos psiquiátricos y sus interlocutores. Quien habla de alianza terapéutica combate de una cierta manera lo que ha podido decirse, hace algunas décadas, y que ha sido vivido por el entorno de los pacientes como una culpabilización de las familias en relación a la aparición de los trastornos en la persona designada como enferma.

Pero ello va más lejos: se trata de dar información, de divulgar nuestros conocimientos sobre lo que sabemos de la familia. Así comienzan a desarrollarse grupos de información y apoyo a las familias con programas detallados en los que se enuncian los síntomas *target*, las actitudes a tener, los apoyos que se pueden obtener y en los que se estimula a las familias a desarrollar en su propio medio una corriente de simpatía en favor de sus acciones. Sabemos que actualmente, en algunos lugares del mundo, ciertas asociaciones de usuarios y familiares, muy poderosas, utilizan Internet para difundir informaciones sobre la enfermedad, su evolución, los medicamentos, etc. No hay ninguna razón para ocultarnos y no participar en un movimiento de información sobre los conocimientos científicos que tenemos a nuestra disposición, como así también divulgar nuestras ignorancias sobre los trastornos mentales.

Vertex: Escuchando estos argumentos, nadie podría criticar estas iniciativas...

Vidon: La crítica fundamental que se hace en Francia a la rehabilitación psicosocial es el riesgo de una deriva de la psiquiatría hacia lo social. El médico, en su posición tradicional de proveedor de tratamientos, está menos familiarizado con los otros aspectos por los que milita la Asociación Mundial por la Rehabilitación Psicosocial (WAPR). Creo que el equipo psiquiátrico debe mantener su actividad médica específica, pero no veo porqué no puede desarrollar además una actitud que podríamos calificar de humanista, es decir, vuelta hacia la sociedad. Asimismo, creo que los psiquiatras tienen un rol a jugar en el proceso que conduzca a cumplir el ambicioso objetivo de modificar la relación entre la sociedad y los enfermos mentales que plantea la WAPR.

Otra crítica habitual en Francia es la relativa a la corriente cognitivo-comportamental que no representa más que una parte de lo que se articula en los programas de rehabilitación psicosocial. En nuestro país hay una suerte de alergia en relación a operar sobre

las capacidades cognitivo-conductuales y hacer programas para intentar mejorarlas. Sin embargo, hay que pensar en agregar a lo que constituye el genio de la psiquiatría francesa algunos aspectos un poco más pragmáticos. Tendríamos mucho para ganar mezclando las ideologías, sacando del extranjero aquello que se hace muy bien y apropiándose de técnicas de la vertiente comportamental.

Vertex: ¿No puede tener consecuencias nefastas el entregar un saber ya terminado?

Vidon: Se trata de dar puntos de reparo, a personas desamparadas que los solicitan, para permitirles elaborar sus sufrimientos. Se plantea, por ejemplo, el problema de proporcionar un diagnóstico. Hay países en los que, en el momento oportuno y cuando se puede estar seguro de las cosas, se da el diagnóstico de esquizofrenia a los usuarios que sufren esa enfermedad. ¿Qué podemos esperar de ese gesto? Lo que encontramos escrito en la literatura es que anunciar el diagnóstico entraña iniciar toda una serie de actividades. Esa es la condición esencial para anunciarlo. No se trata de decirlo y detenerse allí, sino de hacerlo para mejorar la compliance y la relación del paciente con el sistema de tratamiento. Inmediatamente después hay que comenzar una tarea con el paciente y su familia; y aquí la información es fundamental. Desde hace mucho tiempo las familias han reprochado la soledad y desvalimiento en el que se encuentran con su familiar desde que las internaciones son menos prolongadas y se ven en la circunstancia de convivir cotidianamente. ¿Qué hacer cuando el paciente no quiere concurrir más al dispensario? ¿qué hacer cuando no quiere tomar más la medicación? ¿qué hacer cuando es necesario rehospitalizarlo y nadie los ayuda para ello? No tenemos derecho a dejar a las familias solas con un paciente que antaño pasaba años en el hospital psiquiátrico. Hay que ayudarlas a hacer frente a situaciones, a veces, muy difíciles.

Vertex: ¿Cuál es el tema del próximo Congreso de la Asociación?

Vidon: La WAPR organiza cada dos años un Congreso que tiene como particularidad reunir experiencias que se realizan en diferentes países. Compartir todas esas experiencias nos debería permitir mejorar nuestro funcionamiento. En esos Congresos participa gente de diversas extracciones; no es un encuentro de doctores. Si bien concurren médicos hay una parte importante de los asistentes que no lo son. Vienen educadores, enfermeros, asistentes sociales, miembros de asociaciones de familiares y de usuarios, etc. y es sorprendente la dinámica de algunos talleres en los que se mezclan personas de diversos horizontes de práctica y de variados intereses. Por ello es que aprovecho esta entrevista de Vertex para invitar a todos los que lo deseen a venir a intercambiar opiniones con nosotros ■

Una propuesta en Noruega (*)

El Dr. Jan Olav Johannessen, jefe del Hospital Psiquiátrico Rogaland situado en la ciudad de Stavanger, de Noruega, ha elaborado un programa al que denominó "Los 10 Mandamientos", que enumera los derechos al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Estas indicaciones han sido ampliamente difundidas por los medios de comunicación en dicho país. En Noruega la esquizofrenia es la enfermedad que más costo ocasiona al sistema de salud general (más de u\$s 750.000.000) para cubrir la mitad de los costos de hospitales psiquiátricos y 70% de los hogares asistenciales dedicados al tratamiento de esta enfermedad. En 1989, Johannessen comenzó con el programa "Semana de la Esquizofrenia" con la intención de dar una información amplia y concentrar la atención del país en las problemáticas que genera esta enfermedad.

El programa "Los 10 Mandamientos" garantiza a los pacientes las siguientes medidas:

- | | |
|---|---|
| 1- Un diagnóstico minucioso | 5- Alojamiento fuera de su residencia familiar porque los pacientes pertenecen a un grupo de edades en las que es normal vivir independientemente de la familia, tanto por el bienestar de ellos como el de sus familias. |
| 2- Si es necesario, un tiempo mínimo de permanencia en el hospital de un año (generalmente se requiere menos de un año). | 6- Independencia económica a través de planes de seguridad social. |
| 3- Dos horas de psicoterapia semanal durante un mínimo de cinco años, con un psicoterapeuta experimentado o un "pricipiante estable". (Los casos no son asignados a residentes debido a que éstos están disponibles solamente durante tiempos limitados). | 7- Capacitación vocacional. |
| 4- Un personal de enfermería que ofrezca igualmente estabilidad y experiencia porque es crítico mantener una continuidad con el paso del tiempo. | 8- Contacto con familiares por lo menos de una vez al mes (más frecuente durante las primeras semanas, menos frecuente más adelante). |
| | 9- Los medicamentos necesarios. |
| | 10- Apoyo de un trabajador social. |

Una aproximación a la evaluación aplicada al sector de Salud Mental

Arturo Schweiger

Master en Economía Política, Universidad de Boston, EE.UU.
Profesor de Economía y Salud, Maestría de Salud Pública, U.B.A.

La eficacia del tratamiento de sostén de rutina de los pacientes con trastornos mentales está bien establecida pero no impide la recaída de la enfermedad: aproximadamente el 50% recaerá dentro del primer año de la última crisis. En el período de 5 años posteriores al primer episodio el 84% de los pacientes esquizofrénicos es reinternado un mínimo de dos veces. Así, luego de la primer crisis, los enfermos pasan del 15 al 20% del tiempo de vida que les queda internado (Kissling W, Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia, Springer Verlag, Berlin, 1991), aproximadamente 40 meses en un plazo de 10 años. La Organización Mundial de la Salud señala que la enfermedad mental crónica es predominantemente a gente joven (Sartorius N et al. World Health Organization. Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. American Psychiatric Press, Washington, 1993).

Desde el punto de vista económico, lo antedicho se traduce en un alto costo para los sistemas de salud. En Madrid, por ejemplo, la prevalencia de trastornos mentales des de un 2% anual en la población entre 15 y 65 años de edad. Estos pacientes consumen el 20% del costo de tratamientos ambulatorios; el 74% de las internaciones psiquiátricas anuales está compuesto por reinternaciones (Blanco de la Calle A, Pastor Martínez A. Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades, en Rodríguez A. (comp.) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos, Ediciones Pirámide, Madrid, 1997). En Alemania Occidental, el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos representó en 1990 un gasto de u\$s 7.000.000.000 al año. En los EE.UU. el tratamiento de la esquizofrenia insumió u\$s 32.000.000.000 en 1990. Esto representó el 22% de los costos totales en salud mental y el 2,5% del costo total de salud de ese año (Glazer W, J Clin Psychiatry 15 (2) : 22-23, 1997). No sólo se deben considerar los costos directos de la enfermedad mental, sino que también se deben incluir los costos indirectos (pérdidas de horas de trabajo de los familiares, mal uso de servicios generales de salud, secuelas costosas de enfermedades clínicas, mauor tasa de accidentes, mayor necesidad de sostén psicológico para el paciente y sus allegados) y los costos intangibles (sufrimiento y mala calidad de vida de los pacientes y de sus familiares).

1.-Introducción:

El objeto del presente trabajo es el de presentar los elementos centrales de la Evaluación Económica aplicada al sector salud y realizar un ejercicio demostrativo del mismo. Para ello se evaluarán 3 alternativas institucionales del tratamiento de pacientes de salud mental. Al respecto, cabe destacar que las patologías depresivas pasan del cuarto lugar en 1990 al segundo lugar en el año 2020 según un estudio presentado por la OMS (Murray y Lopez, 1996).

Este tipo de estudios aportaría una pauta de la importancia creciente que presentan estas patologías y por ende los estudios de costo efectividad de las mismas.

A los fines del ejercicio de la metodología de evaluación de costo efectividad, se efectúan un conjunto de hipótesis que se incluyen en el anexo. Los valores adoptados se consideran estimados y se los incluye con carácter demostrativo.

La evaluación económica aplicada tiene como principal antecedente el desarrollo del Análisis Costo Beneficio (ACB). El mismo se remonta a la década de los años cincuenta con el inicio de los grandes proyectos de inversión en el proceso de reconstrucción de las Economías de postguerra. Los proyectos de infraestructura de servicios públicos comienzan a ser evaluados utilizando la metodología de ACB, basada en criterios de Economía del Bienestar basado en hipótesis del enfoque económico de óptimo paretiano.

Durante la década de los años

P.G.

60, se inicia la aplicación de dicha metodología a la evaluación de la Inversión y de Programas en los Sectores Sociales de las Economías (Salud, Educación, Vivienda, Nutrición, etc.) por parte de los Gobiernos y de las Agencias de Cooperación Técnica Internacional (PNUD, OMS, OPS, OIT, etc.), así como los Organismos Financieros Internacionales (BIRF, BID). Por otra parte, en algunos campos de la Economía Aplicada (Economía de la Salud y de la Educación) también se comienza a utilizar dicha metodología para evaluar inversiones o programas específicos.

La aplicación del ACB presenta dificultades en su utilización en los sectores sociales, ya que en los mismos no siempre resultaba factible la cuantificación en valores monetarios de los beneficios de los proyectos. Es por ello, que surge el Análisis de Costo Efectividad (ACE). La aplicación del ACE al sector salud consiste en desarrollar un análisis de la efectividad de los programas o las tecnologías y luego calcular el costo de las alternativas planteadas por el análisis de efectividad.

2.- Elementos de Evaluación Económica:

En general la Evaluación Económica se caracteriza por el planteo de alternativas comparadas. Se parte de una "situación de base" y se compara con la "situación proyectada". Entre ambas alternativas se comparan los beneficios y los costos que implica pasar de una situación original a la situación proyectada (p.e: redefinición de un programa materno infantil para lograr un mayor impacto sobre la Tasa de Mortalidad Infantil).

Los proyectos pueden presentar efectos en el nivel de salud de la población o el nivel de dotación de recursos de la sociedad o una mezcla de ambos. En el primer caso se efectúa el análisis de efectividad y en el segundo se determina la costo efectividad de la alternativa evaluada. El uso de los recursos en la alternativa inmediata, contra la que se realiza el análisis comparativo, se denomina el "costo de oportunidad" del recurso considerado. (Cabases, 1994).

Los efectos de los proyectos o programas de salud pueden ser de carácter positivo o negativo y se por lo general se los denomina beneficios y costos. Dichos efectos pueden ser directos o indirectos, tangibles e intangibles. Los beneficios y costos directos son aquellos que surgen como consecuencia del programa o tratamiento evaluado, mientras que los efectos indirectos consisten en los efectos que no afectan al paciente o a la tecnología objeto de la evaluación (p.e.: modificaciones en la productividad del paciente o de su grupo familiar para la evaluación social). En lo referido a efectos tangibles e intangibles se los puede asimilar al concepto de efectos materiales e inmateriales (p.e.: dolor).

Los proyectos pueden ser evaluados desde la perspectiva de una empresa (enfoque de proyectos privados) o desde la sociedad en su conjunto (enfoque de proyectos públicos). Según la perspectiva adoptada, se seleccionaron los precios más relevantes para la evaluación de la misma. Por lo general, las evaluaciones privadas consideran los precios de mercado y las evaluaciones públicas (desde la perspectiva de la sociedad) utilizan los precios de eficiencia (también denominados precios sociales o precios sombra). Estos últimos son precios que se calculan despejando las imperfecciones de mercado. En la práctica, por razones de disponibilidad de datos se termina utilizando las tendencias de los precios relativos a valores de mercado.

En la medida que las evaluaciones incorporan los aspectos dinámicos, se actualizan los costos y beneficios futuros. En el caso del Análisis de Costo Beneficio, se calculan los Beneficios y los Costos para cada uno de los años de vida útil del proyecto. La diferencia entre Beneficios y Costos se denomina el Beneficio Neto. La suma de los beneficios netos se actualiza mediante una tasa de interés de mercado o de carácter social según la perspectiva del proyecto y se la denomina Valor Actualizado Neto (VAN). En el caso del ACE, lo que se calcula es un coeficiente de Costo Efectividad (CE), donde la componente que se actualiza es la efectividad anual y su costo. Para efectuar el cálculo de indicadores de ACB (VAN) o ACE (CE), los mismos se actualizan mediante tasas de interés a valores de mercado o tasas de interés a valores sociales, en los proyectos privados o proyectos públicos respectivamente.

La evaluación económica presenta las siguientes etapas:

- 1.-Formulación de la cuestión objeto del análisis.
- 2.-Selección y especificación de las opciones a evaluar.
- 3.-Clasificación de los efectos: Beneficios y Costos.
- 4.-Cuantificación de los efectos directos e indirectos.
- 5.-Ajustes temporales.
- 6.-Ajustes por incertidumbre y análisis de sensibilidad.
- 7.-Presentación de resultados y conclusiones.

3.- Del Análisis Costo Beneficio al Análisis del Costo Efectividad:

Como se mencionó, en el desarrollo de la evaluación económica aplicada a los proyectos, programas y tecnologías del Sector Salud se pasó del ACB al ACE, por las dificultades de cuantificar los beneficios entre otros aspectos (Badia y Rovira, 1994).

Entre los indicadores de efectividad más utilizados se destacan los siguientes:

- 1.-Reducción de la tasa de incidencia de la patología bajo análisis; p.e.: No. De casos de hepatitis B evitados durante el año.
- 2.-Disminución de factores de riesgo, expresado en: p.e.: No. De fumadores que han dejado de fumar.
- 3.-Variación de la tasa de mortalidad por causa específica; p.e.: reducción de muertes por accidentes.
- 4.-Años de vida ganados expresados en: p.e.: Incremento de la esperanza de vida.
- 5.-Años de vida ganados libre de enfermedad o discapacidad.

Existen 2 casos particulares del Análisis de Costo Efectividad:

1.-El caso donde se presenta igual efectividad de las alternativas consideradas, el ACE se convierte en una comparación de alternativas en base a criterios de costos y se denomina Análisis de Mínimo Costo (AMC).

2.-El segundo caso se presenta cuando el ACE incorpora beneficios que se miden en unidades que describen la utilidad futura del beneficiario del proyecto (p.e.: años de vida ajustados por calidad), el ACE se denomina Análisis de Costo Utilidad (ACU).

4.- Evaluación económica de alternativas institucionales de Salud Mental:

1.- Formulación de la cuestión objeto del análisis:

Se plantean 3 alternativas institucionales para tratamientos en salud mental:

- * Clínica de Salud Mental de pacientes agudos y actividades de hospital de día (CSM)
- * Casa de Medio Camino (CMC)
- * Hospital Público (HP).

Con la finalidad de comparar la efectividad de las mismas y de sus costos desde una perspectiva de salud pública.

2.- Selección y especificación de las alternativas a evaluar:

Se considera un tratamiento de 3 años para permitir la comparación de las alternativas consideradas.

Alternativa A:

En esta alternativa el paciente, durante los episodios agudos el paciente es internado en la clínica (un mes) y el resto del tiempo reside en su domicilio y atiende al hospital de día acompañado de un familiar (el segundo ingreso de la familia a los fines de cuantificar su costo indirecto).

La efectividad estimada es de 1,5 años de vida rehabilitado en los tres años de tratamiento.

Alternativa B:

En esta alternativa, el paciente luego una internación en una clínica (1 mes), reside en la casa de medio camino y si bien presenta descompensaciones, estas son detectadas en forma temprana por su contacto diario con asistentes terapéuticos y profesionales médicos.

La efectividad estimada es de 3 años de vida rehabilitado en los tres años de tratamiento.

Alternativa C:

En esta alternativa el paciente cuando presenta descompensación es internado y luego reside en su domicilio donde recibe visitas domiciliarias de asistentes terapéuticos.

La efectividad estimada es de 1 año de vida rehabilitado en los tres años de tratamiento.

3.-Identificación de Costos:

Los costos directos para cada una de las alternativas consideradas son:

Costos de Internación: puede ser un mes en CSM o en HP. Se considera una segunda internación de mayor duración (3 años) en la CMC cuando el paciente es compensado y se lo traslada desde la a CSM.

Costos de internación de urgencia: internación en Emergencias por descompensación del paciente.

Costos de traslado de urgencia: en ambulancia y con personal médico especializado.

Gastos de traslado de pacientes: gasto de transporte para acceder al hospital de día en clínica.

Los costos indirectos para cada una de las alternativas se detallan a continuación. Para ello se trabajo con una hipótesis de grupo familiar de clase media correspondiente a un prepago o obra social de con beneficiarios de ingresos medios. Los datos considerados son:

100% de pérdida de sueldo del paciente mientras esta compensado y 50% cuando el paciente esta rehabilitado. Se consideró una hipótesis de sueldo de 1000\$.

Productividad y sueldos de familiar:

Se considera el 2do. Sueldo del hogar \$1200,

30% =400\$, a lo largo de las internaciones de agudos en CSM y HP.

25%=300\$, en las semanas que presenta la descompensación.

Gastos de traslado de familiar (2do. Sueldo). (gasto de transporte para acceder al hospital de día en clínica)

4.-Cuantificación de efectos directos e indirectos y ajustes temporales:

Según la información, las hipótesis establecidas en el anexo y los cálculos correspondientes se obtiene que:

A.-El costo directo del tratamiento para cada una de las alternativas es:

	Alt. A	Alt.B	Alt.C
Costos directos	\$36981	\$58971	\$23064

Esto indicaría un mayor costo directo de la alternativa B y un menor costo de la alternativa C, sin embargo para toma de decisiones es necesarios incluir la efectividad de cada alternativa institucional. Esto significa relacionar el costo del tratamiento con la unidad de beneficios definida como año de vida rehabilitado.

B.-El costo por año de vida rehabilitado es:

	Alt. A	Alt.B	Alt.C
Costos por año vida reh.	\$24654	\$19657	\$23064

En esta parte del análisis, mediante la inclusión de la unidad de beneficios, se puede apreciar la costo efectividad de los alternativas institucionales. Según la información disponible, el costo por año de vida rehabilitado es menor en la alternativa B, crece en la alterantiva C y es máximo en la alternativa A.

C.-Los costos indirectos por alternativa son:

	Alt. A	Alt.B	Alt.C
Costos indirectos	\$36688	\$23758	\$40280

Los costos indirectos incluyen la pérdida de productividad salarial del paciente así como de la familia, (2do.sueldo familiar). Por último, se incluyeron valores de gastos de traslado del familiar acompañante. Los resultados obtenidos indican que la alternativa C es la que presenta mayor carga de costos indirectos, seguida por la alternativa A y por último la alternativa B. Es decir, que los costos que debe soportar la familia y el paciente son mayores en la alternativa C que en la B.

D.-El costo indirecto por año de vida rehabilitado

	Alt. A	Alt.B	Alt.C
Costos indirectos/a.v.r.	\$24459	\$7919	\$47100

Si se incluye en el análisis, la costo efectividad de las alternativas institucionales, se refuerza el resultado

anterior, siendo la alt.C la que presenta un mayor costo por año de vida rehabilitado, luego le sigue la alt.A y la alt. B es la que presenta el menor costo.

E.-El costo total es

	Alt. A	Alt.B	Alt.C
Costos totales	\$73669	\$82729	\$63345

La alternativa de mayor costo es la alt.B, le sigue alt.A y luego la C, sin embargo como se mencionó un criterio de minimización de costos de las alternativas produciría resultados incorrectos ya que no incorporaría la efectividad de los mismos.

F.-El costo total por año de vida es:

	Alt. A	Alt.B	Alt.C
Costos a.v.r.	\$49113	\$27576	\$63345

Con la inclusión de la efectividad se completa el análisis, y se han incorp[roado los costos tanto desde la perspectiva del financiador como desde el gasto de bolsillo del paciente y de su familia.

5.- *Presentación de resultados y conclusiones:*

De los resultados alcanzados se puede precisar los siguientes comentarios:

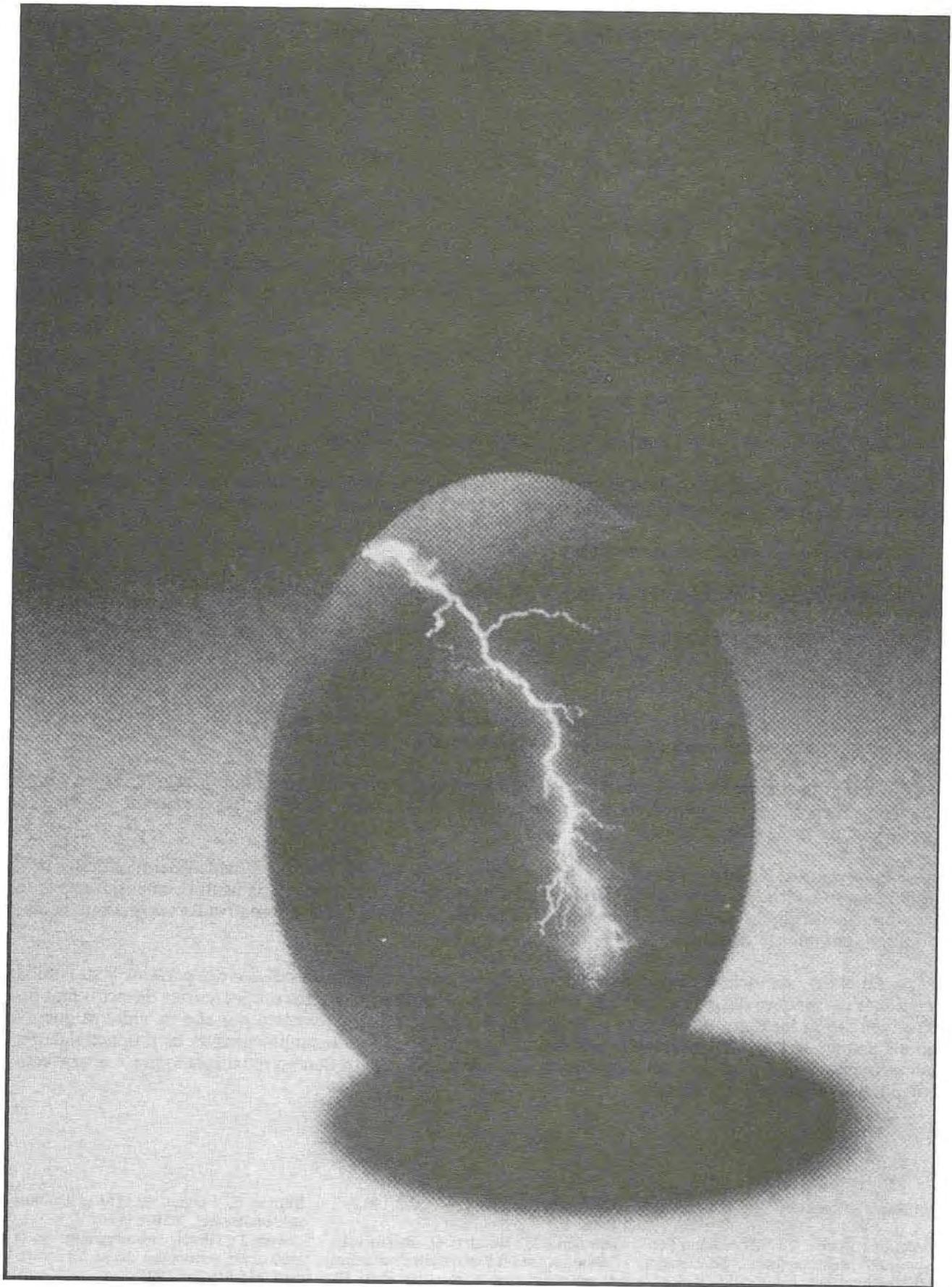
- 1.- La efectividad incorporada en el análisis y medida en términos de años de vida rehabilitados era de 1,5 en la Atl.A: Clínica de Salud Mental (CSM), de 3 en la atl. B: Casa de medio Camino(CMC) y de 1 la alt. C: Hospital Público(HP).
- 2.-En términos de costos, la alt.C soportaba los menores costos directos y los menores costos y totales, mientras que la alt. B soportaba los menores costos indirectos.
- 3.-Cuando se relacionaban ambos criterios, la alt.B era la que presentaba menores niveles de costo efectividad en costos directos (soportados por el financiador) y en los costos indirectos (soportados por el gasto de bolsillo del paciente y de su familia).
- 4.-En términos de toma de decisiones, la aplicación del análisis de costo efectividad permite destacar la utilidad de su aplicación. Si se consideran solo los costos directos se seleccionaría la alt.C, mientras que si se incorpora el cálculo de coeficiente de costo efectividad, se demuestra que la alternativa B es la que genera menor costo por año de vida rehabilitado.
- 5.- En el caso de incluir los costos indirectos soportados por el gasto de bolsillo del paciente y su familia y desde la perspectiva del decisor público, se pasa a una perspectiva de costos totales (costos directos mas indirectos). Según los datos disponibles la alternativa B resultaba de menor costo por año de vida, ya que requería de menores costos (tiempo de dedicación a la familia y por ende menor pérdida de productividad) y por otro lado menor pérdida de productividad del paciente por mayor tiempo rehabilitado por mayor efectividad del alternativa B considerada.

Bibliografía general:

Badia, X y Rovira, J. : " Evaluación Económica de Medicamentos", Ed. Luzan S , Barcelona, 1994.
 Cabases, J. "Evaluación Económica en el ámbito de la Farmacia Hospitalaria", Barcelona, 1994.
 Cohen, E y Franco, R.: "Evaluación de

Proyectos Sociales", Ed. Gel, Bs.As., 1988.
 Drumond, M., Stoddart, G. Torrance, G. "Métodos para la Evaluación Económica de los programas de atención de la Salud", Ed. Díaz de Santos, Barcelona, 1991.
 Lafontaine, E.: "Evaluación Social de Proyectos", Santiago, Chile, 1993.

Murray, C. Y Lopez, A.: "The global burden of disease", WHO, 1996,
 Rovira, J.: "Temas controvertidos en la evaluación económica del sector sanitario", AES España, 1995.
 Schweiger, A y Bianchi, G.: "La Economía de la Salud y la Evaluación Social de proyectos del Sector", ITDT, Bs.As., Argentina, 1993.





Teoría de los temperamentos^(*)

Ernest Kretschmer

Cuando Ernest Kretschmer publicó, en 1929, "Los hombres geniales", defendiendo las ventajas que generaría en la producción intelectual la mezcla de razas, estableció el antecedente que unos años más tarde lo pondría en conflicto con el régimen nacional-socialista. Poco después, las autoridades nazis lo obligaron a dejar sus funciones como presidente de la Sociedad Alemana de Psicoterapia. Kretschmer, quien había estudiado medicina en Tübingen y designado profesor de Psiquiatría en Marburg, fue rehabilitado por las autoridades francesas y norteamericanas para reconstruir ambas universidades luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial.

Al igual que E. Bleuler, quien se aparta por influencia del pensamiento de S. Freud, del concepto de entidad mórbida heredado de la clínica kraepeliniana, Kretschmer contribuyó con sus trabajos a enriquecer la corriente psicodinámica en Alemania (iniciada por P. J. Moebius y K. Jaspers) y a suscitar un vivo interés por la psicoterapia, la laborterapia y la terapéutica institucional.

"El 'novum' debido a Kretschmer consistió en poner en relación el cuadro mental con la forma corporal", dice J. López Ibor en su Prólogo a la edición española de "Constitución y carácter" editada en 1947. Ya en 1918, el autor alemán había hecho una importante contribución con su descripción del "delirio de relación de los sensitivos" en el que vinculaba una disposición asténica con la dimensión dinámica reactiva de ciertos trastornos mentales. Pero es en el estudio de las correlaciones entre la morfología de los individuos y las grandes psicosis "endógenas" que el nombre de Kretschmer encontrará un lugar en la galería de los grandes autores psiquiátricos de este siglo. Dichas correlaciones serían explicadas por vía de conexiones endócrinas y neurovegetativas.

La convicción de que la estructura corporal se interrelaciona de manera biunívoca con la vulnerabilidad a determinada patología mental -cosa que guarda cierta relación estadística aunque está demasiado cargada de excepciones como para erigirse en condición invariable- fue central en el pensamiento de Kretschmer. Su intención profunda era el establecimiento por encima de todo dualismo, de una comprensión holística del hombre sano y enfermo; como expresa en forma transparente en la Presentación de la obra cuyo fragmento reproducimos en este número de Vertex: "Los resultados conocidos en los últimos veinte años marcan el programa para el futuro. En el punto central donde cuerpo y espíritu se confunden, es donde surgen a diario nuevos problemas. Todas las meticulosas investigaciones parciales realizadas en campos aparentemente distantes tienden hacia esa meta única. Pues aquí no se trata simplemente de un buen conocimiento especializado, sino de la ciencia del hombre integral. En este sentido hemos de seguir trabajando ateniéndonos a la divisa de Hegel: 'La verdad está en el todo'".

J.C.S.

Los tres conceptos de constitución, carácter y temperamento han adquirido para noso-

tros, en el curso de nuestras investigaciones, el siguiente sentido aproximado:

Por constitución (1) entendemos el conjunto de todas las cualidades individuales basadas en la herencia, esto es, de raigambre genotípica. Como es natural, el investigador práctico de la constitu-

ción nunca podrá separar rigurosamente del concepto de constitución las modificaciones de la predisposición hereditaria ocasionadas por estímulos externos, para no caer en definiciones artificiosas, infecundas y en el fondo también ilógicas; pues todo cuanto vive concretamente se nos da como

(*) Cap. XVII de "Constitución y carácter", Edit. Labor, Barcelona, 1947. Versión española de J. Solé Sagarra traducida de la 18va. edición alemana.

producto de la reacción entre la predisposición y el ambiente. Más razonable será decir que la palabra constitución, en el lenguaje tradicional, desvía su centro de gravedad hacia el lado de la predisposición, que eventualmente puede abarcar también las variaciones autónomas de dicha predisposición, aún muy plástica en las primeras fases de la vida, por efecto de estímulos del medio; si bien conviene dejar fuera del concepto constitución, en todo caso, los productos más bien accidentales del medio, como, por ejemplo, los resultados de una lesión o infec-



Fig. 1. Tipo asténico. De frente

ción posterior.

Nuestras investigaciones se apoyan sólo en una parte de los factores constitucionales, a saber, la relación recíproca entre estructura corporal, predisposición individual y morbosidad psiquiátrica e interna. Las referentes a regulaciones vegetativas y endocrinas que sirven de base a dicha correlación avanzan con rapidez. El concepto de constitución es rotundamente psicofísico, panbiológico, orientado hacia la confluencia de lo somático y lo psíquico. En cambio, el concepto de carácter apunta exclusivamente a lo psicológico.

Entendemos por carácter la totalidad de las posibilidades afectivovolitivas de reacción de una persona surgidas en el curso de su evolución vital, o sea a partir de la predisposición hereditaria y de todos los factores exógenos: influjos físicos, educación, ambiente y huellas incidentales o episódicas (2).

La expresión *carácter* excluye la personalidad psíquica total del lado afectivo, sin que la inteligencia se deje separar naturalmente de ella por ninguna parte. El concepto de carácter tiene, pues, bastante de común con el de constitución, o sea la porción heredada de las cualidades psíquicas; en cambio exceptúa las correlaciones somáticas que este último comprende, y encierra como elementos esenciales los factores exógenos, en especial los resultados de la educación y de la influencia del medio, ajenos en substancia al concepto de constitución. Por lo demás, por tradición ya no se califican de carácter los estados anímicos gravemente morbosos.

Fuera de esta definición exactamente circunscrita, puede usarse la expresión *carácter* asimismo para el edificio de la personalidad, sin pararse mucho a distinguir entre los factores constitucionales y los de desarrollo exógeno.

Finalmente, la expresión "*temperamento*" no constituye aún para nosotros un concepto unitario, sino una contraseña heurística, cuyo alcance no podemos aún medir, pero que ha de convertirse en el punto de arranque para distinguir esencialmente las secciones de la psicología biológica. De momento nos imaginamos dos círculos funcionales (3), a saber:

1º Los *aparatos anímicos*, lo que aproximadamente suele también llamarse arco reflejo psíquico, esto es, los factores que en ordenada sucesión, probablemente filogenética, hacen posible elaborar simbólicamente estímulos psíquicos desde la impresión sensorial al impulso motor. Su correlación somática está en los centros y vías cerebrales, en conexión inseparable con los órganos sensitivos y los instrumentos de la motilidad, o sea con el *aparato sensoneuromotor*.

2º Los *temperamentos*. Como empíricamente sabemos con seguridad, participan del régimen hemocímico, humoral. Su representante somático es el *aparato neuroglandular*. Son aquella parte de la psique relacionada por vía humoral con la complexión. Los temperamentos intervienen en el mecanismo motor de los *aparatos psíquicos*, imponiendo tonos afectivos, en concepto de freno o im-

pulso. Como por empirismo hemos podido apreciar hasta ahora, los temperamentos parecen influir sobre las siguientes cualidades anímicas: a) la *psicoestesia*, la hipersensibilidad o la falta de sensibilidad a los estímulos psíquicos; b) el *colorido anímico*, el temple bueno o malo del contenido espiritual, sobre todo conforme a la escala de lo alegre a lo triste; c) el *ritmo psíquico*, la aceleración o represión de los procesos espirituales en general y en lo que toca a su cadencia especial (sostenido, cortado, interrumpido, complejo); d) la *psicomotilidad*, tanto respecto al ritmo general de movimiento (vivaz o lento), como el carácter especial de éste (torpe, duro, acelerado, fuerte, blando, etc.).

A la vez hay que comprobar empíricamente que las fuerzas influyentes sobre estos factores parecen desempeñar también un destacado papel en la formación de los *tipos de intuición y percepción*, en lo que se llama inteligencia o aptitud intelectual, como hemos expuesto muchas veces en los diversos capítulos, especialmente en el dedicado a los pensadores y artistas, y deducido exactamente por psicología experimental. Aun no podemos apreciar, por ejemplo, de qué modo engrana lo que se llama pensamiento abstracto y concreto, tipo de representación o percepción óptica y acústica, influjos temperamentales y peculiaridades de estructura de ciertos



Fig. 2. Tipo asténico. De perfil

aparatos cerebrales. Por lo demás, debe quedar abierta la posibilidad

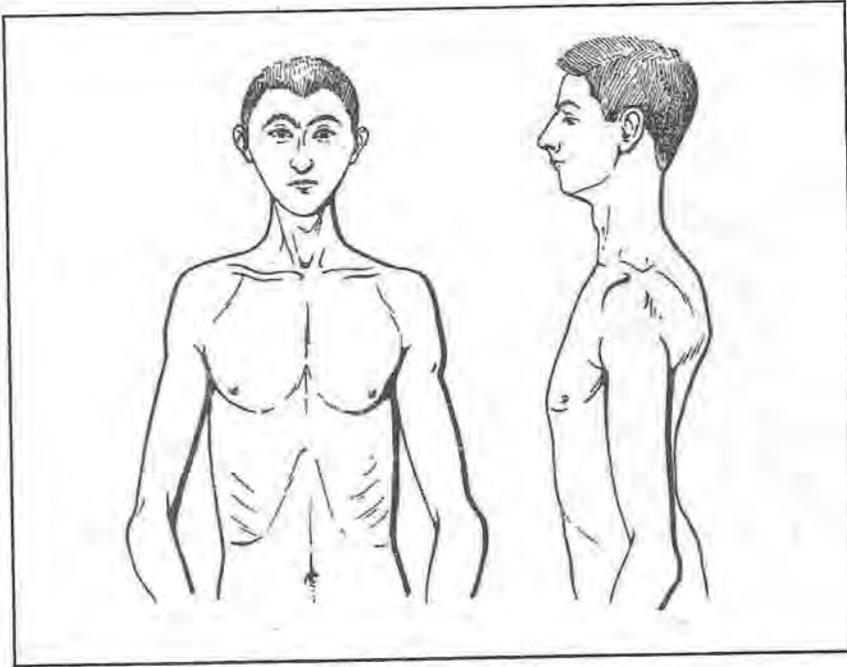


Fig. 3. Tipo leptosomo (asténico). Esquema

de que influyan asimismo las acciones humorales de las hormonas en la organización anatómica del cerebro, lo mismo que en la del resto del cuerpo, lo que daría a todo el problema una complicación extraordinaria. Haremos bien, por lo tanto, de asimilar relativamente el temperamento a los mecanismos psíquicos que responden muy fácilmente y a menudo, según la experiencia, a acciones químicas súbitas de naturaleza exógena (alcohol, morfina) y endocrina, esto es, en torno a la afectividad sobre todo y al ritmo psíquico general.

En particular, para dar base biológica a nuestras ideas sobre los temperamentos, diremos lo siguiente: el *cerebro* sigue siendo por lo menos órgano efector de todas las acciones que afectan al temperamento, aunque respondan al hemiquimismo. Los estudios experimentales realizados en casos de traumatismos cerebrales demuestran que una influencia directa sobre el cerebro puede dar lugar a alteraciones temperamentales de importancia decisiva. Debe subrayarse especialmente esta evidencia, para no pasar de la parcialidad cerebroanatómica a la humoral, riesgo muy fácil dadas las actuales tendencias de la moda. Por ahora no hemos de intentar decidir en qué medida, además de esta condición de órgano efector, desempeña también el cerebro funciones activas

primarias en la producción de cualidades psíquicas tales como el colorido anímico y el ritmo psíquico general. En cuanto a los diversos tipos de función sensorial y psicomotora, a los tipos de percepción e

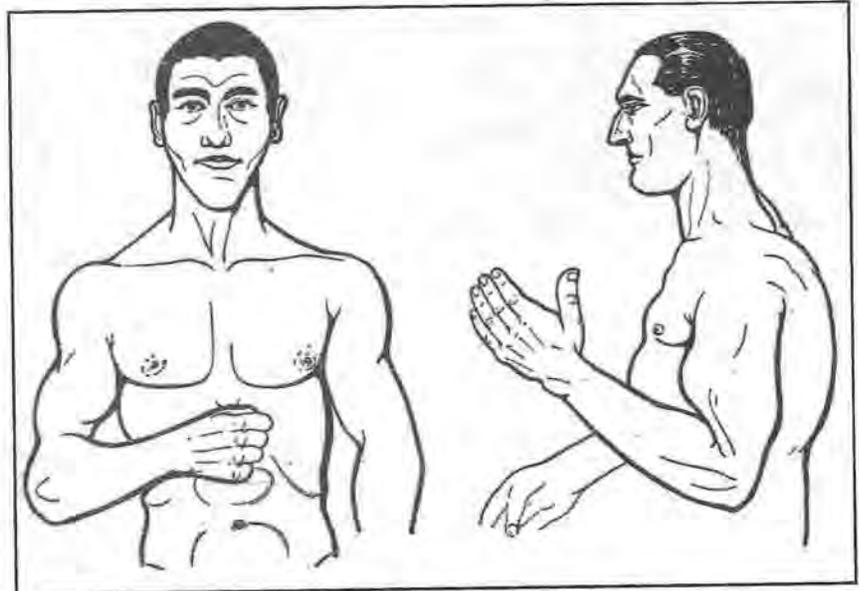


Fig. 4. Tipo atlético. Esquema

intuición, aun hemos de abstenernos de buscar respuesta a la cuestión de qué representación tienen todos estos tipos de función espiritual en aparatos cerebrales anatómicamente separados, y qué obedece sólo a conmutaciones del mismo aparato en virtud de variadas influencias químico-humorales. Sin embargo, tendremos por adelante haber llegado siquiera a

plantearnos tal pregunta. El razonamiento sectario tendente en último término a situar en los centros cerebrales todo lo espiritual, se modifica así esencialmente. En todo caso, no se trata de un problema tomado ociosamente al azar, sino impuesto en forma ineludible por la marcha de nuestras investigaciones empíricas en el curso de la presente obra.

Respecto a las *glándulas de secreción interna*, es un hecho empíricamente comprobado que el sistema endocrino influye en lo esencial sobre la psique, y en especial sobre las cualidades del temperamento; lo demuestran en cuanto al tiroides las experiencias médicas obtenidas en el cretinismo, el mixedema, la caquexia estrumipriva y la enfermedad de Basedow, y respecto a las glándulas genitales, la castración.

Vemos, pues, de nuevo en los grandes grupos esquizotímico, ciclotímico y viscoso la *correlación entre la estructura corporal y el temperamento*, o sea el nexo biológico que tanto nos salta a la vista en los graves efectos de las deficiencias

glandulares, al observar, por ejemplo, el paralelismo entre la malformación psíquica y la complexión hipoplástica en los *cretinos*, o entre el crecimiento en longitud de los huesos distales y la desviación psíquica del temperamento en los *castrados precoces* y los *eunucoides*, esto es, extremos que pueden seguirse en orden biológico hasta la serie animal superior. Sorprende especialmente el influjo de la *hipó-*

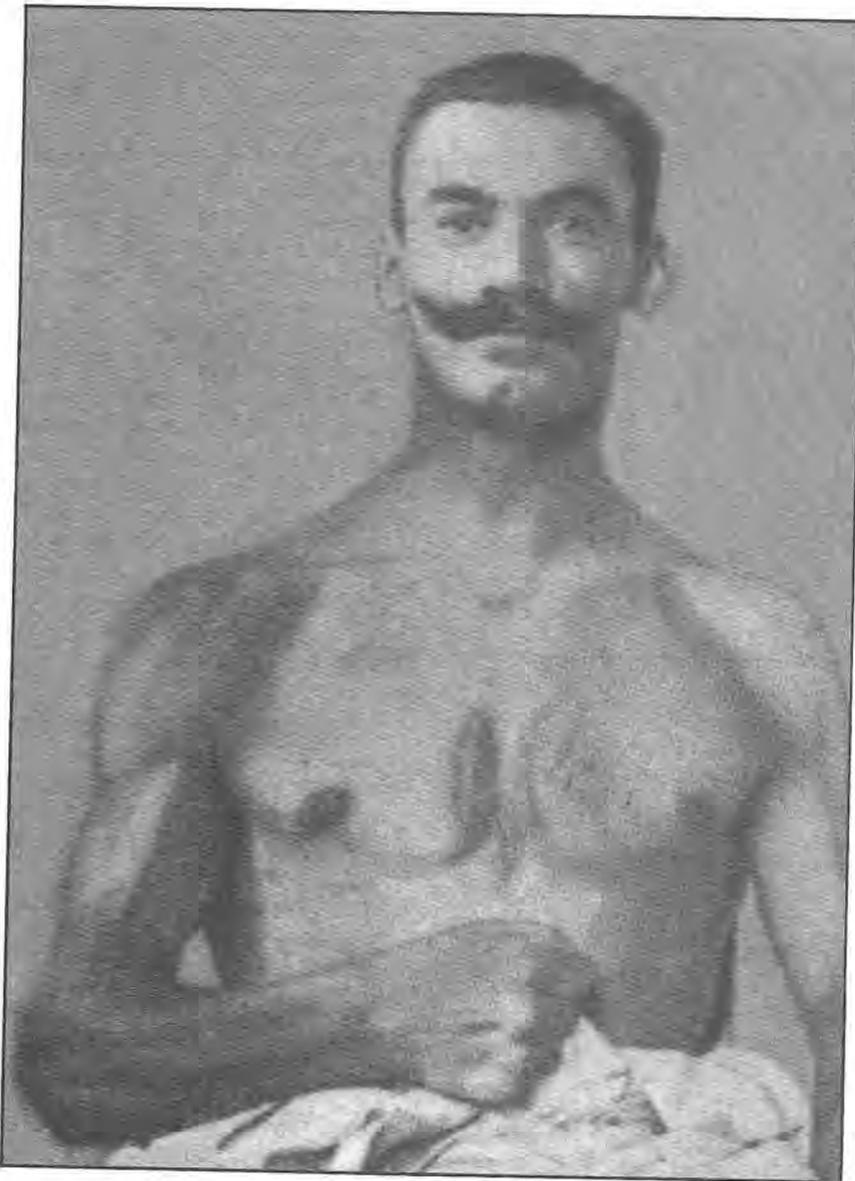


Fig. 5. Tipo atlético. De frente

fisis sobre el crecimiento corporal en la acromegalia, y en algunos casos de esta dolencia pueden comprobarse sin la menor duda influencias temperamentales paralelas, aun cuando no se hayan podido deducir clínicamente en términos decisivos. Por último, en los *síndromes pluriglandulares* son patentes las intervenciones extensas de la disfunción glandular en la complejión, en el trofismo hístico y en la capacidad psíquica funcional. Es muy natural pensar que los grandes tipos temperamentales normales de esquizotímicos, ciclotímicos y viscosos pudieran producirse en su correlación empírica con la complejión mediante una acción humoral paralela análoga, en cuyo caso no debemos pensar, naturalmente, en las glándulas incretoras en sentido estricto y unila-

teral, sino en el *hemoquimismo total*, condicionado en definitiva por *todos los tejidos orgánicos*, por ejemplo, y en especial por las grandes *glándulas viscerales* (exocrinas). En vez del paralelismo parcial cerebro-espíritu, hemos de adoptar a conciencia y resueltamente el otro, *soma-psique*, modo de pensar que se va introduciendo cada vez más en clínica.

En apoyo del punto de vista humoral de los temperamentos tenemos además el siguiente material empírico por parte de las psicosis endógenas como agravaciones extremas de los tipos temperamentales corrientes. De un lado, el hecho de que hasta ahora, tanto en la locura manícodepresiva como en la esquizofrenia, los hallazgos *cerebroanatómicos*, a pesar de minuciosas pesquisas, *no son muy*

notables (en los cíclicos resultan prácticamente negativos) y cuando hay alguna lesión histopatológica cerebral, puede obedecer en muchos casos indirectamente a una acción tóxica humoral. Por esto se inclina también cada vez más al aspecto humoral la apreciación clínica de estas psicosis.

De otro lado hemos expuesto en la *esquizofrenia* una serie de hechos especiales respecto a *la complejión, al impulso sexual y al curso clínico*, que en conjunto suponen una grave sobrecarga para las glándulas genitales, si bien no debemos pensar en modo alguno en trastornos monosintomáticos graves de tales glándulas, que notoriamente no son causa de esquizofrenia, sino tal vez en disfunciones complicadas de las mismas en correlación con el aparato endocrino total y el cerebro. De momento, se impone en este terreno la máxima precaución, pues aun no es posible formular conclusiones terminantes antes a base del material empírico, sobre todo en el sentido de que la glándula genital haya de participar en cada caso; pues es razonable pensar que puedan tener los mismos efectos psicóticos distintas combinaciones químicoendocrinas. Además de estos hechos, muy numerosos, que hacen pensar en la intervención de las glándulas genitales, hemos visto en casos aislados anomalías corporales que parecen sugerir trastornos poliglandulares extensos. Estos hallazgos de bulto son, por otra parte, poco frecuentes, y además, en el terreno psiquiátrico se hallan a veces en el límite de transición en que la sintomatología esquizofrénica de precisión se confunde con las formas simples de imbecilidad disglandular y las demencias graves. En cambio, no hemos hallado en los *cíclicos* tales hechos esquemáticos que pudieran parangonarse estrictamente con los efectos de las glándulas endocrinas, sino tan sólo relaciones claras con *la economía general del organismo*, y sobre todo con el *peso corporal y el metabolismo graso*. Es posible que deba pensarse aquí, dando por supuesta una etiología humoral, ante todo más bien en otros factores del quimismo hemático, por ejemplo, en las glándulas exocrinas de las grandes vísceras, que en las glándulas endocrinas mismas.

A este respecto es también significativo que los efectos anímicos de las diversas glándulas endocrinas que conocemos hasta ahora se desvían con preferencia hacia la *escala psicoestética*, quedando menos marcados en sentido diatético. Así, por ejemplo, la castración efectuada como experimento de masas en animales domésticos no sólo ha influido sobre la euforia, sino que ejerce una acción evidente sobre el estado psicoestético, ocasionando un embotamiento temperamental de tono flemático. La vida anímica de los eunucoídes tiene estrechas analogías (4) con ciertos grupos esquizoídes. También ocupa el primer término el embotamiento psicoestético en las graves deficiencias tiroideas del ser humano propias del cretinismo y del mixedema. Por el contrario, el hipertiroidismo en la enfermedad de Basedow produce una nervosidad hiperestética exagerada; y los estados de ánimo de la pubertad, que acompañan a la vigorosa iniciación de la función de las glándulas genitales, especialmente las manifestaciones típicas de la pubertad, patetismo y sentimentalismo, con



Fig. 6. Tipo atlético. De perfil

TABLA I Los temperamentos			
	Ciclotímicos	Esquizotímicos	Viscosos
Psicoestesia y temple.	Proporción diatética: entre levantada (alegre) y deprimida (triste).	Proporción psicoestética entre hiperestético (susceptible) y anestético (frío).	Entre explosivo y flemático.
Ritmo psíquico.	Gráfica temperamental vibrante: entre vivaz y calmosa.	Gráfica temperamental alterante: entre voluble y tenaz, actividad intelectual y sensorial alternativa.	Gráfica temperamental persistente.
Psicomotilidad.	Impresionable, redonda, natural, blanda.	A menudo pasiva: reservada, inerte, reprimida, rígida, etc.	Impresionable, lenta, mesurada, melancólica, impetuosa.
Tipo afín de complexión.	Pícnico	Leptosomo	Atlético

sus alternativas y exaltaciones, corresponden cualitativamente a proporciones bien determinadas de los esquizotímicos.

Claro es que tampoco faltan vínculos entre el sistema endocrino en sentido estricto y las emociones diatéticas (melancolía involutiva, psicosis basedowianas), pero son menos manifiestos, y, en cuanto a su relación directa, más difíciles de juzgar, porque las desviaciones psicoestéticas de cierta agudeza van acompañadas a menudo de sensaciones intencionales de descontento o de contento. Pero dejemos esto.

En todo caso, podemos imaginar fácilmente, por ahora, que el temperamento de una persona, prescindiendo del estado de su cerebro, depende de varios grandes grupos de hormonas químicas, uno de los cuales corresponde a la escala emocional diatética, otro a la psicoestética y otro a la viscosa, dicho en términos generales, uno a los tipos temperamentales ciclotímicos, otro a los esquizotímicos y otro a los viscosos. En la mayo-

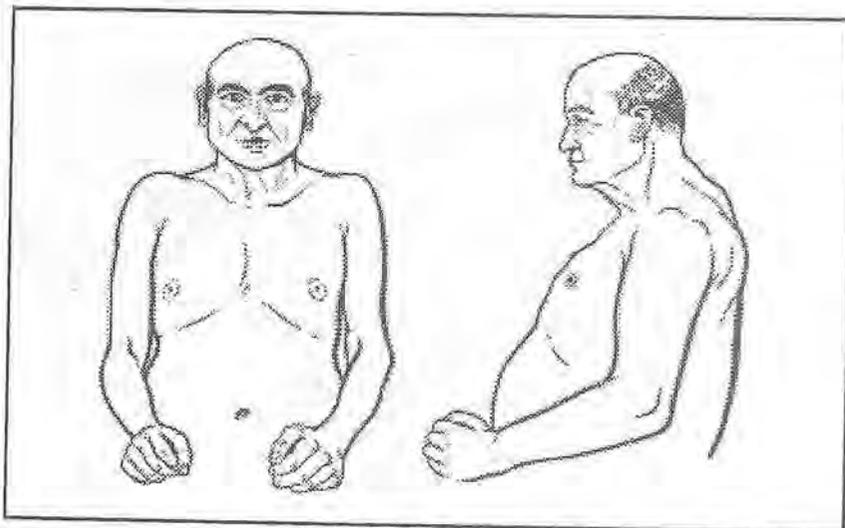


Fig. 7. Tipo pícnico. Esquema

ría de las personas corrientes, pueden suponerse mezclados estos grupos de hormonas en variadas proporciones, mientras que los ci-

clotímicos, esquizofrénicos y viscosos declarados, con el predominio unilateral de un grupo de hormonas, deben considerarse pro-

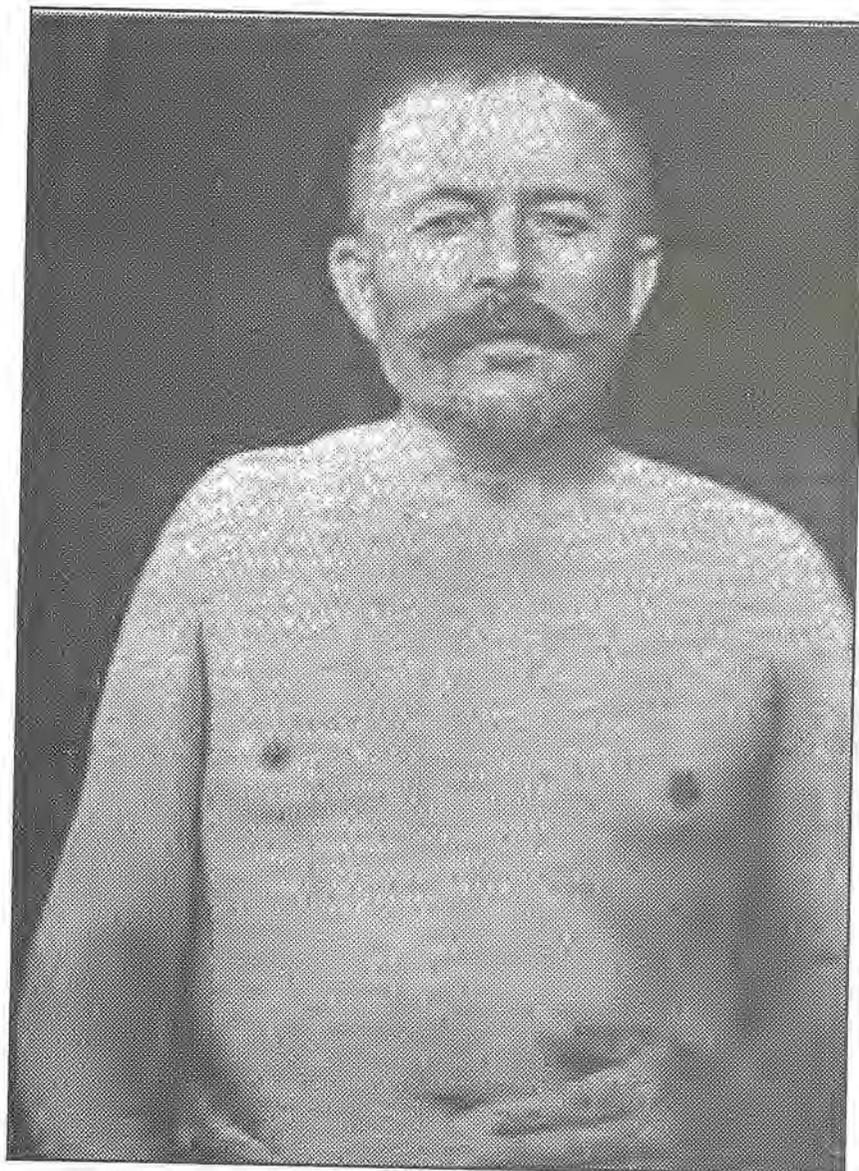


Fig. 8. Tipo pícnico. De frente

ducto de variantes hereditarias aisladas o de selección familiar consecuente.

Todas estas consideraciones teóricas no deben merecer gran estimación en el estado imperfecto actual de nuestros conocimientos. Es suficiente y provechoso reflexionar con cuidado sobre todos los enmarañados puntos de vista disponibles y adoptar los razonamientos más a mano por el momento, para aplicarlos a la práctica de modo provisional y siempre dispuestos a rectificar. Pues cualquier idea preconcebida de las relaciones apuntadas, por vaga que sea, acaba por imponerse a todo investigador, y quien como empírico puro pretenda orillar la meditación, cae sin poderlo evitar en la más negra mitología mental, como se ha visto, por desgracia, en decenios anteriores. Por eso hemos de guardarnos de toda parcialidad y de toda atadura dogmática, dejando siempre sitio en nuestro raciocinio a los factores causales de función cerebral directa respecto a los temperamentos y a la complexión, aun cuando los puntos de vista humorales sean hoy por hoy los más comprensibles, atendiendo a lo averiguado hasta ahora.

Más importante que la teoría es la retención de los resultados empíricos directos de nuestras investigaciones, varios de los cuales, elegidos entre los más importantes, e incluyendo nuestros más recientes estudios relativos a los atléticos (5), se resumen en la Tabla I.

Así, pues, los temperamentos, prescindiendo de los viscosos propios de los atléticos que se describen por separado, se dividen de primera intención en los dos grandes grupos de constitución de los *esquizotímicos* y los *ciclotímicos*. Dentro de los dos grupos principales se señala una subdivisión, según que el temperamento ciclotímico se incline más hacia el polo alegre o hacia el triste, o que el esquizotímico lo haga más hacia el polo sensible que hacia el frío. Un sinnúmero de matices temperamentales individuales se deriva desde luego de la *proporción diatética o psicoestética*, o sea de la que preside, dentro del mismo tipo temperamental, el desplazamiento recíproco, la superposición o las fluctuaciones de las antítesis pola-

TABLA II Aptitudes especiales		
	Ciclotímicos	Ezquizotímicos
Poetas	Realistas Humoristas	Patéticos Románticos Estilistas
Pensadores	Concretos o gráficos Em- piricos	Lógicos exactos Sistemáticos Metafísicos
Caudillos	Emprendedores audaces Organizadores ágiles Mediadores sensatos	Idealistas puros Déspotas y fanáticos Calculadores fríos

res. Además de las *proporciones* de cada temperamento individual nos interesan siempre sus *aleaciones*, esto es, la tonalidad que el tipo temperamental dominante ha adquirido por aditamentos de otro género asimismo heredados.

Esta riqueza de matices se multiplica por las diferencias de ritmo psíquico. En este aspecto, contamos desde luego en los ciclotímicos con el hecho empírico de que los alegres se inclinan más hacia el lado vivaz, y de la zona intermedia al polo depresivo estos temperamentos son los más lentos y cómodos; lo cual nos es conocido de antiguo por la experiencia clínica relativa a la estrecha analogía entre la excitación alegre, la fuga de ideas y el alivio psicomotor en los síndromes maníacos, y entre la depresión y la represión reflexiva y volitiva en los melancólicos. También es frecuente en temperamentos ciclotímicos sanos un temple determinado de ritmo psíquico definido también, por asociarse fácilmente la alegría y la vivacidad al tipo temperamental *hipománico*, y la tendencia depresiva y la lentitud al tipo *melancólico*. Los estados ciclotímicos entre ambos polos reciben la denominación de temperamentos sintonos, de acuerdo con Bleuler.

Por el contrario, entre los esquizotímicos no se conocen relaciones sólidas semejantes entre la psicoestesia y un ritmo psíquico especial, pues hallamos con frecuencia, aun en los hiperestéticos más delicados, una tenacidad sen-

sitiva y volitiva sorprendente, o a la inversa, volubilidad caprichosa incluso en individuos muy indolentes; de suerte que podemos registrar muchas veces las cuatro combinaciones en el sector esquizotímico: tenacidad susceptible o fría, y sensibilidad versátil o indolencia caprichosa.

Ya hemos tratado detenidamente de la *subdivisión de los temperamentos esquizotímicos*. Las cualidades hiperestéticas se manifiestan empíricamente como sensibilidad delicada, refinamiento ante la Naturaleza y el arte, tacto y buen gusto en el estilo personal, ternura apasionada hacia ciertas personas, extrema susceptibilidad y vulnerabilidad a los incidentes diarios de la vida, y, en los tipos

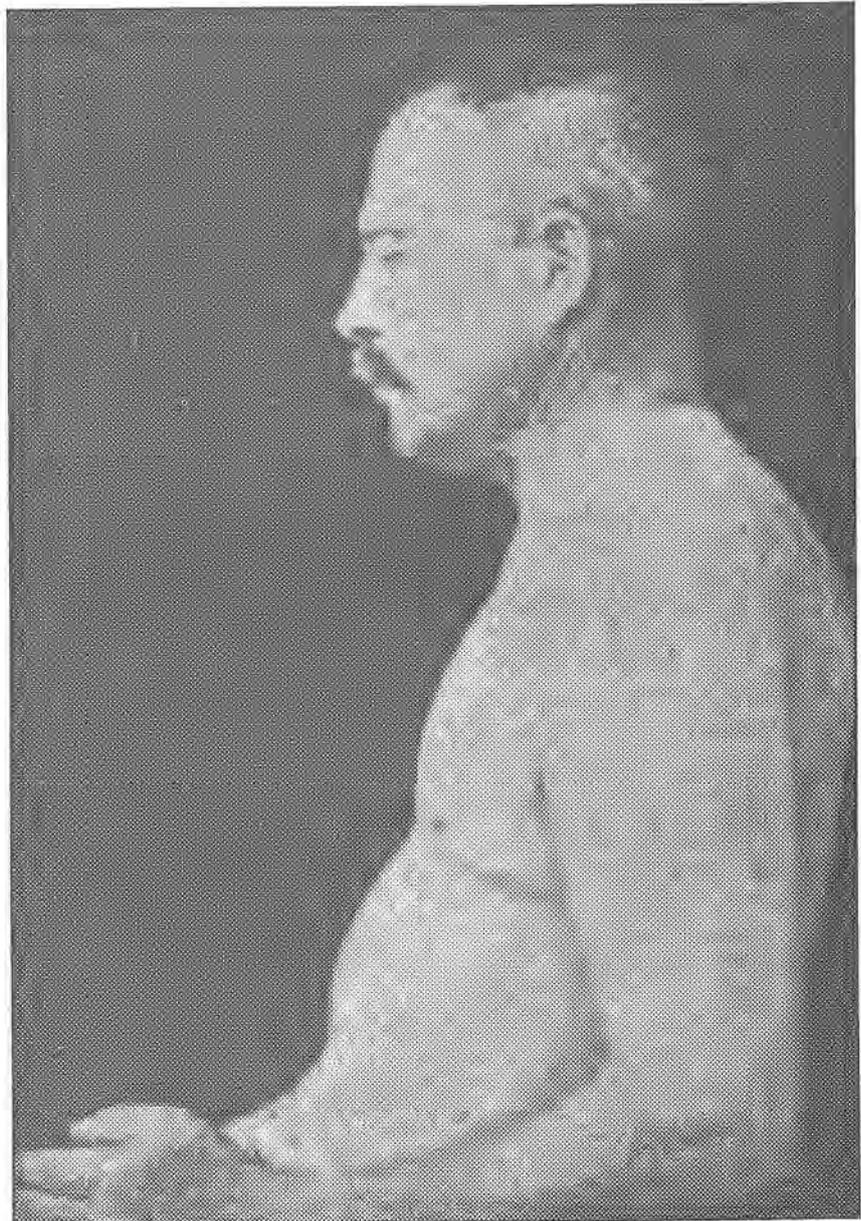


Fig. 9. Tipo pícnico. De perfil

más groseros, sobre todo en los postpsicóticos y sus equivalentes, como irascibilidad de orden complejo. Las cualidades *anestéticas* toman aspecto de frialdad activa y tajante o de apatía pasiva, de concentración de intereses a zonas autísticas definidas, de *despreocupación* o indiferencia inmovible. Su *versatilidad* es unas veces inconstancia indolente y otras desvarío más activo; en cuanto a su *tenacidad*, se traduce de modo característico en las variantes más diversas: acerada energía, terquedad recalcitrante, meticulosidad, fanatismo, consecuencia sistemática en pensamientos y acciones.

Las variaciones de los *temperamentos diatéticos* son mucho menos numerosas, si prescindimos de las aleaciones intensas (quejumbrosos, camorristas, timoratos, hipocóndricos áspersos). El tipo hipomaniaco muestra, al lado del temple alegre, el irascible ágil. Varía entre el temperamento fogoso, que se remonta de pronto, al impulso práctico y expedito, de altos vuelos, a la universalidad y la alegría radiante uniforme.

La *psicomotilidad de los ciclotímicos* se distingue por la mímica y los movimientos del cuerpo, adecuados al impulso, unas veces rápidos y otras lentos, pero siempre *conclusos y naturales* (prescindiendo de las graves inhibiciones morbosas), mientras que en los *esquizotímicos* encontramos muy a menudo peculiaridades psicomotoras, sobre todo falta de adecuada respuesta directa al estímulo psíquico, que se traduce en una motilidad de reserva aristocrática, muy atenuada, o impasible, o bien rígida y reprimida a veces, cuando no tímida.

En la *complejidad de su actitud frente a la vida y su reacción al medio*, entre los *ciclotímicos* hay personas con tendencia a medrar en el ambiente y en la actualidad, seres francos, sociables, cordiales y bondadosos, espontáneos y naturales, ya parezcan expeditos en sus empresas o más bien contemplativos, cómodos y tardos o melancólicos. De aquí resultan, entre otros, los tipos corrientes del *práctico enérgico* y el *gozador epicúreo*. En los superdotados hay varios tipos; los realistas descriptivos, plácidamente prolijos; los *humoristas* cordialmente afectuosos en cuan-

to al estilo artístico; los *empíricos concretamente descriptivos al tacto*, y los que buscan la popularidad fácil para sus razonamientos científicos; y en la vida práctica, los tipos representados por el *mediador benévolo y comprensivo*, el *organizador ágil y magnánimo* y el *emprendedor audaz y rudo*.

La actitud vital de los *temperamentos esquizotímicos*, en cambio, se inclina al autismo, a la reconcentración o introversión, a la formación de una zona individual cercada, de un mundo interior de ensueños o principios, ajeno a la realidad, a un retraimiento indiferente o susceptible frente a la masa de sus semejantes, o a un trato frío con éstos, sin miramientos ni lazos de intimidad. Entre ellos encontramos ante todo numerosos *tipos deficientes*, hoscas solitarios, egoístas, vagabundos y malhechores veleidosos; entre los mejor situados socialmente hay representaciones del *entusiasta delicado*, el *idealista iluso*, el *aristócrata formalista*, sensible y frío a la vez. En el arte y la poesía son artistas de la *forma pura* y clasicistas, románticos divorciados de la realidad, idílicos sentimentales, patéticos trágicos hasta el *expresionismo* craso y el tendencioso naturalismo, y finalmente, irónicos y sarcásticos ingeniosos. En sus especulaciones científicas no es raro apreciar propensión al *formalismo escolástico* o a la reflexión filosófica, a la *metafísica* mística y a la *sistematización exacta*. Y, por último, entre los tipos adecuados para intervenir en la vida práctica, los esquizotímicos representan especialmente, al parecer, a los enérgicos tenaces, los inflexibles, consecuentes y fieles a principios, las *naturalezas dominantes*, los *moralistas heroicos*, los *idealistas puros*, los *fanáticos y déspotas* y los *calculadores fríos* de flexibilidad diplomática.

En la Tabla II resumimos las aptitudes especiales, tal como parecen agruparse en sentido biológico según las investigaciones realizadas hasta ahora; pero advertimos que en ella sólo se incluyen las variantes de alto valor social, y de ellas sólo las más notables, o sea, en suma, una sección parcial del conjunto de los temperamentos.

Llegamos al final. Aun cuando a veces no hemos podido ofrecer más que perspectivas y conjeturas,

a falta de soluciones definitivas, ello se debe a la extensión del problema, que, sin hallar límite alguno, conduce a profundidades cada vez mayores de la biología y de las ciencias del espíritu. Entre los resultados firmes hemos tenido que limitarnos en ocasiones a bosquejar, donde el material disponible no ha permitido llegar a conclusiones finales; y no ciertamente por juzgar prematuramente, sino por ganar colaboradores, por brindar puntos de apoyo para posibles especulaciones e investigaciones en las diversas ciencias comentadas. La rectificación comprensiva y la colaboración de investigadores competentes podrán procurarnos tal vez nuevos puntos de vista, no sólo con fines médicos y antropológicos, sino, sobre todo, para la psicología general y para ciertos problemas estéticos, literarios e históricos. Si se logra introducir de este modo el pensamiento biológico y científico natural en sectores de la vida intelectual extraños a él desde antiguo, y si, a la inversa, pudieran ganarse también para el biólogo y el clínico bien preparados perspectivas de vastos problemas del espíritu, que hasta ahora han tenido que considerar por fuerza demasiado subjetivos, fluctuantes y nebulosos, se habrá conseguido también por este camino algo que contribuya a articular sólidamente toda nuestra ciencia moderna ■

Notas:

(1) Nos adherimos aquí en lo esencial a las excelentes aclaraciones de Kahn sobre "Constitución, hereditología y psiquiatría" (Ztschr. f. d. ges. Neurol. i. Psychiatr, 45, 1920).

(2) Para más detalles, consúltese nuestro libro sobre el "Delirio sensitivo de referencia", 2ª edición. Berlín, Springer, 1927.

(3) Véanse pormenores en nuestro libro Medizinische Psychologie (Psicología médica), 7ª edición. Leipzig, Thieme, 1943.

(4) Véase Fischer. Ztschr. f. d. ges. Neurol. i. Psychiatr, 1919 y 1920

(5) El desarrollo posterior de la investigación, sobre todo la distinción automática de los temperamentos "viscosos" de los atléticos, puede estudiarse en Kretschmer y Enke, Die Persönlichkeit der Athletiker (Personalidad de los atléticos).



confrontaciones



Cuatro años de experiencia en formación continua en Salud Mental para médicos generales (*)

Hugo D'Alessandro, Mario Kliijnjan,
Christian M. R. Luppo, Valter Castellini,
Carlos A. Solomonoff (**)

El Educom (Programa de Educación Continua del Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe), pionero en la educación continua y a distancia e innovador en sus métodos pedagógicos, nos ha dado un doble lugar de privilegio, al convocarnos para la confección y el desarrollo del módulo de Psiconeurofarmacología y Emergencias Prehospitalarias en Salud Mental dentro del programa regular del mismo. Salvo las referencias bibliográficas claramente señaladas, el resto de lo comunicado en este texto, es el relato de los acontecimientos que se fueron suscitando en estos años.

Este trabajo tiene dos aspectos bien disímiles pero dependientes, la primera parte narra brevemente los fundamentos de la educación continua y a distancia y la elaboración del módulo. La segunda, las reflexiones que a partir del mismo hemos podido construir. La adquisición de conocimientos y de métodos de pensar no puede realizarse sino dentro de un proceso permanente que podríamos llamarlo educación o aprendizaje continuo, éste se encuentra fundamentalmente condicionado por el desprendimiento de los prejuicios y los fundamentalismos, ligada necesariamente a la experiencia y a las formas de pensarla. Uno de sus fines es proporcionar a los sujetos los medios de obtener por sí mismos el conocimiento y la información en todas las disciplinas de manera sistemática, para poder comunicarse con otros y aventurarse a pensar a

partir de sus saberes e ignorancias.

La Educación Médica Continua intenta proporcionar un lugar de partida y autoconfirmación en el conocimiento, una autogestión que dependa esencialmente del sujeto, y que éste a su vez se constituya como un referente y transmisor de esta experiencia posible.

La combinación eficaz de la educación continua y la modalidad semipresencial y a distancia fueron uno de los pilares en el que Educom fundó este Programa teniendo como objetivo poner a disposición de todos los médicos, información amplia, científica, práctica, actualizada y crítica. Promover que esta actitud epistemofílica sea permanente. Para evitar el desconocimiento, aislamientos, sectorización de la información por circuitos de distintos intereses y fundamentalmente promover formas de pensar, lugar donde lo posible y los límites son mucho más que el

ideal y la interrogación más científica y real que el saber acabado.

La modalidad semipresencial permite que cada médico, limitado en su tiempo, estudie en sus horas posibles con bibliografía, cuestionarios, autoevaluaciones previstos en el módulo Educom y cercano a su experiencia cotidiana, teniendo periódicas reuniones con los docentes para realizar trabajos grupales, resolver problemas a base de cuestionarios sobre casos clínicos y formular sus dudas. Los docentes tutores coordinan, evalúan y orientan el el proceso de enseñanza aprendizaje.

Durante la elaboración del Módulo se arribó a una conclusión previsible pero no vislumbrada de antemano pues habíamos sido convocados a un curso donde, para nosotros, el eje central era el fármaco y su libro principal "Las bases farmacológicas de la terapéutica" de Goodman y Gilman,

pero esta premisa debió ser desplazada, ya que es imposible enseñar psicofarmacología ante el desconocimiento de la clínica y de los fármacos.

Para intentar comprender y reafirmar lo expuesto, nos permitimos transmitir algunos contenidos expuestos en el libro "El médico frente al enfermo" del cancerólogo y psicoanalista francés Lucien Israel, el autor plantea que: "para el médico en general, sobrecargado de trabajo, fatigado, atado a una tarea rutinaria, cualquier tentativa de transformación del ritual profesional le parece algo inútil, incluso indecente y tal vez peligroso, esto se podría denominar, el conformismo médico como método de mejor rendimiento. La gestión médica es en primer lugar clasificatoria, del síntoma al diagnóstico y de éste a la terapéutica".

Sin duda que un buen diagnóstico, y sobre todo precoz, permitirá una intervención feliz. Todo parece lógico y así nos forman, el problema es cuando el proceso comienza a girar en el vacío o sea cuando uno de los eslabones que asegura el funcionamiento falla. Puesto que para pasar del síntoma al diagnóstico es preciso que exista el síntoma. Tal vez esta última puntuación es donde a menudo el médico general no sabe qué hacer con el síntoma que no tiene un correlato orgánico y tal vez debamos encontrar algunas respuestas y sin tener una conducta hipercrítica de la formación médica que ha rechazado y rechaza sistemáticamente todos los contenidos que tengan que ver con el campo de la Salud Mental, o sea todo lo que no es manejable en el cuerpo por lo tanto por la medicina, teniendo en cuenta que esta premisa no es inocente, y como señala Jean Clavreul en el "Orden Médico", "nada convence más a los médicos que un enunciado preciso sobre la enfermedad, una indicación terapéutica o un remedio nuevo, pues siempre hay que aplicar un saber" y nosotros agregamos ...aún sin saber.

La ideología general fue no medicar, y si era necesario hacerlo respetando las pautas psicofarmacológicas.

El otro aspecto que se desprende de la práctica nuestra cotidiana y del encuentro en las clases con

OBJETIVOS DEL MODULO

- Conocimiento de la Clínica
- Conocimiento de Neuropsicofarmacología
- No medicar, sino escuchar
- En la crisis, medicar con fundamentos clínicos farmacológicos
- Estimular la integración de equipos multidisciplinarios

los médicos, es que se ven conminados a medicar y por lo tanto dar respuesta ineficaz y/o iatrogénica, sin los recursos teóricos para ello, en algunos casos con angustia y que la mayoría de las veces la única información que poseen es la que el laboratorio en su publicidad le entrega y/o lo que escucharon en alguna guardia especializada o lo que el personal paramédico pueda aconsejar.

También es necesario hacer una apreciación del momento en que cursaron la materia en pre grado. Más allá de las dificultades para su desarrollo, se prioriza las materias de medicina interna, llegando luego a la impotencia de que el saber que le ofrece la clínica general no le sirve para operar en el momento de una crisis subjetiva, respondiendo en la mayoría de los casos con la agresividad del psicofármaco para resolverla y mal.

Como señala muy bien en su libro la profesora Lía Ricón, "Problemas en el campo de la Salud Mental", "la formación de los futuros médicos debe tender a cambiar el discurso médico de inspiración positivista, pues la implementación exagerada de ésta en la organización de las currículas de las facultades de medicina, ha llevado a la fragmentación de las asignaturas, a la especialización con marcado desconocimiento de la totalidad del ser humano y una sobrevalorización de los clasificatorios dentro de lo supuesto. Esta sobreestimación de los datos rígidos e inertes, caros al modelo positivista, llega un momento que obstaculiza el pensamiento crítico".

En consecuencia a nuestro criterio, la currícula de pregrado en el medio o ámbito que desarrollamos nuestra práctica adolece del

tiempo para comprender el lenguaje y los contenidos mínimos (a pesar de los esfuerzos que realiza la Cátedra) que un médico general debe tener para poder desempeñarse en su práctica diaria. El orden del poder de la medicina no permite el lugar del sujeto del inconciente, para ese orden todo debe ser manejado por la voluntad. Por lo tanto, lo que no es manejado por la misma es rechazado, por lo cual las escasas horas dedicadas en la currícula para las disciplinas que integran el campo de la Salud Mental se empequeñecen.

Durante los distintos ciclos del dictado, sistemáticamente fue surgiendo como un común denominador por parte de los profesionales que indican tratamientos psicofarmacológicos sin haber abordado un diagnóstico adecuado (sin saber y concientes que no saben lo que le pasa al paciente). Otras de las dificultades frecuentes es la de no poder integrarse en un conocimiento con profesionales de Salud Mental por dificultades propias y ajenas, profundizando la soledad, el desconocimiento, excusándose en lenguajes distintos, aumentando la brecha entre ambos campos y finalmente, para no perder imaginariamente su parte de poder, no perder al paciente y necesariamente asegurarse su sustento.

El EDUCOM muestra en cierto modo, que la inserción del campo psi dentro de la medicina ha sido fragmentaria, parcial e ineficaz, por lo cual creemos que el debate, y las propuestas en todos los estamentos de la currícula pre y postgrado de todas las disciplinas que integran el campo de la salud, deben interpelarse para lograr una respuesta más adecuada para el paciente y para el profesional.

OBJETIVOS DEL MODULO

- Medicar sin conocer la Clínica y el Fármaco
- Visitador médico dependiente
- Requieren del docente recetas mágicas
- Escaso interés por la Salud Mental
- Conocimiento rápido de la psicofarmacología
- asegurar prestigio
- Asegurar subsistencia

Sabiendo que los ideales pertenecen al mundo de las utopías y que la realidad es una sucesión de acontecimientos que permanentemente se desvanecen y recrean, los paradigmas caen inevitablemente, por lo que no se tiene

nunca soluciones acabadas a esta problemática. Negarla conduce a lo peor, aventurarse a la interrogación y a las respuestas, aunque transitorias, nos acerca a los pacientes y a nosotros mismos.

Como dice Herman Hesse,

“nuestros saberes, por mucho que se multipliquen, no acaba en un punto final sino en un signo de interrogación. Un plus de saber significa un plus de pregunta, y cada una de éstas suscita a su vez nuevas interrogaciones”.

Peron no podemos evitar de recordar a Jorge Luis Borges quien decía “es un deber tener esperanza”.

Por lo antes expuesto nuestra propuesta es seguir trabajando ■

Notas:

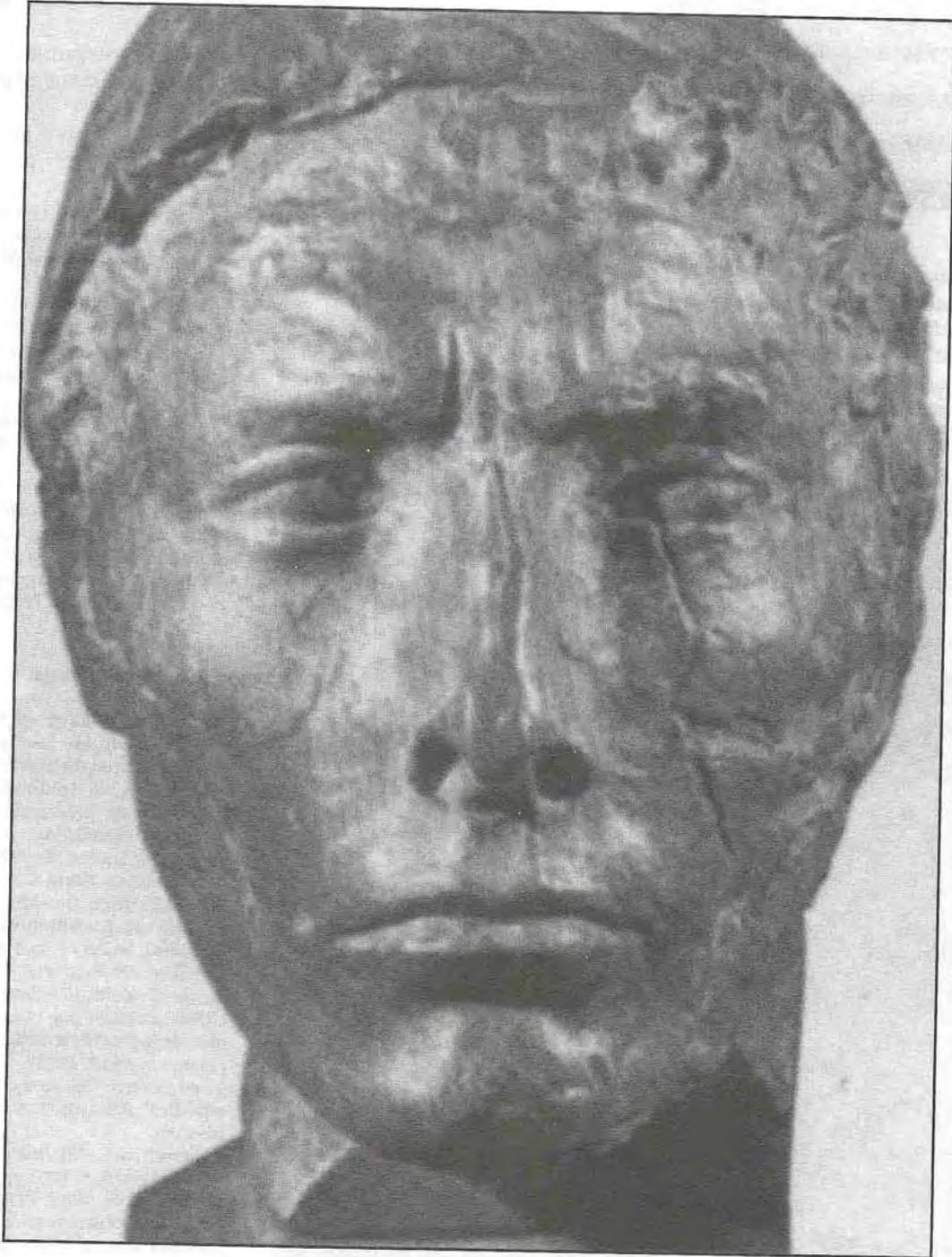
(*) Auspicios: Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe 1ra. y 2da. circunscripción, Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe, Asociación Médica de Rosario, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Federación Médica de la Provincia de Santa Fe.

(**) Médicos psiquiatras, docentes tutores del módulo IV: “Psiconeurofarmacología Clínica” del curso de Farmacoterapia y del módulo IV: “Emergencias de Problemas Psiquiátricos y Neurológicos” del curso de Emergencias Prehospitalarias (EDUCOM).

Referencias bibliográficas:

- 1 - Lamboglia Susana (Pedagoga) Artículo preparado con los “Fundamentos de la Educación Continua”, relacionado con la conformación del Programa de Educación Médica Continua (EDUCOM), año 1991.
- 2 - Lamboglia Susana, Reynald Augusto C., Orlando Marta S., Lupo Christian M.R., Klijan Mario A., D'Alessandro Hugo, Solomonoff Carlos, Castellini Valter. “Consideraciones generales del programa y del módulo de Psicofarmacología (EDUCOM)”, Editado por el Colegio Médico de la Provincia de Santa Fe 2da. circunscripción, 1995).
- 3 - Israel Lucien. “El método frente al enfermo”, Editorial Los libros de la frontera.
- 4 - Clauvrel Jean. “El orden médico”, Toray-Masson, Barcelona, 1981.
- 5 - Ricón Lia, Di Segni Silvia, Tenconi Juan C. “Problemas en el campo de la Salud Mental”. Paidós 2da. edición, 1995.
- 6 - Hesse Herman. “Lecturas para minutos”. Alianza 2da. edición, 1980.
- 7 - Rodríguez Monegal Emir. “Borges una bibliografía literaria”. Fondo de Cultura Económica, México 1978.







LECTURAS

Angelina A. Serrone, María Cristina Nadal, Elsa Turturro y Diana Merlo de Pintos, "Los cuentos de terror. Sus efectos en el psiquismo infantil", Narvaja edit., Córdoba, 1998, 136 págs.

Este libro es el producto de una investigación realizada por tres Licenciadas en Psicología y una Profesora en Lengua, Literatura e Historia, miembros del Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Córdoba.

Las autoras abordan el subgénero literario de los cuentos de terror para niños a partir de hipótesis que se plantean en función de un observable: la creciente demanda infantil por cuentos de terror, demanda que sorprende y genera incertidumbres en los adultos. ¿Será nociva esta lectura? ¿Volverá agresivos a los niños? ¿Será traumática, causará pesadillas y miedos?

Las respuestas van a provenir de dos fuentes: la primera, desarrollada en la Primera Parte del libro, del marco teórico psicoanalítico, desde donde se contextualizan los conceptos de fantasía, creatividad, angustia, miedo, terror, trauma, procesos pulsionales e identificatorios, relacionándolos con la sociedad actual, el consumo, el marketing y el terrorismo y articulándolos con consideraciones acerca del héroe y la literatura de terror; la segunda, desde el análisis de los resultados de la encuesta aplicada a 391 niños de 9 a 13 años, cuyas respuestas se contrastan con las de 40 adultos, a lo que se incorporan datos recogidos de

librerías y editoriales y opiniones de escritores que expresan sus motivaciones para la producción de estos textos.

Un grupo de niños lectores provee significativas valoraciones respecto de los cuentos que eligieron como los que más les habían gustado y los que más miedo les daban y, finalmente, un Capítulo en el que se registra el terror que escriben los niños aporta una documentación oportuna y hasta insólita, donde los autores infantiles refrendan en párrafos memorables y espontáneos la búsqueda de las investigadoras.

Prologado exquisitamente por la Prof. María Luisa Cresta de Leguizamón, el libro viene provisto de una rica bibliografía para quienes estén interesados en un tema de tanta actualidad y persistencia en la historia de la humanidad cuyo personaje central; el terror, no deja de aterrorizarnos.

Es de destacar el profundo respeto por la infancia que las autoras expresan a través de un hacer cuya originalidad y valor reside en el lugar otorgado a los protagonistas, quienes autorizan con su decir las conclusiones a las que se arriba.

J. L. Fitó

José Antonio Vidal, "La Angustia en el Otro", Ediciones del Boulevard, Córdoba, 1998, 218 págs.

El autor, psiquiatra y psicoanalista de la Escuela de Orientación Lacaniana, nos promete en este su primer libro publicado "arrimarr... algunos ejes de reflexión que comprometen al psicoanalista con el malestar de su época".

No es pequeño el desafío y para enfrentarlo toma tres ejes: 1) la economía del mercado; 2) el discurso de la ciencia y 3) el psicoa-

nálisis y su propuesta. Para responder a los interrogantes que desencadenan cada uno de ellos tomará para el primero a S. Freud, J. Lacan y J. Aleman en el apartado titulado "Del amo antiguo al amo moderno", que se torna atrayente por lo polémico de aseveraciones tales como: "Si en la época clásica podía situarse al amo en la figura del rey, del emperador o de algún sucedáneo, en la versión moderna el amo es ilocalizable". "El poder aparece sin rostro, anónimo e irresponsable". El segundo punto es abordado en "El Discurso de la Ciencia" en el que desarrolla la relación entre la ciencia y el amo moderno. En los apartados siguientes: "La Angustia en el Otro" y "Derecho al Goce", de la mano de J. Lacan y J. A. Miller reflexiona sobre los efectos del capitalismo y la ciencia sobre el sujeto en su singularidad, las modalidades de la exclusión (la no identificación) y las formas de la patología de la ética por falta de responsabilidad y culpa, con un cambio en las formas de la demanda del analista. Finalmente en "¿Qué se puede esperar del Psicoanálisis?" responde "...un acceso a lo imposible por el camino del amor, quedando el sujeto ante la contingencia del amor" y citando al Lacan del Seminario de la Angustia "Sólo el amor permite al goce condescender al deseo", plantea que "el análisis reconduce el amor de transferencia desde su forma de resistencia, que tiende a la identificación, hacia lo que es su campo específico, el de la pulsión".

Un libro que invita a seguir pensando, estudiando, porque el debate es demasiado serio y no sin consecuencias y cada quien tiene algo que decir. El autor dice lo suyo.

J. L. Fitó

M. Selvini Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini, A. M. Sorrentino, "Muchachas anoréxicas y bulímicas", Paidós, Barcelona, 1999, 237 págs.

Este libro parte del seguimiento de ciento cuarenta y tres pacientes tratadas en terapia familiar entre 1972 y 1978, para luego comparar los resultados de dicha investigación con el resultado de otros cincuenta y tres casos correspondientes a los últimos años. De ello se desprende la descripción de una filosofía terapéutica relacional que supera el viejo colectivismo sistémico y revaloriza la dimensión individual y personal de la paciente y de sus padres. La aproximación trigeneracional -contemplar a cada uno de los padres en su sufrimiento como hijo de la familia de origen- se convierte en algo fundamental para comprender las dificultades de los padres y alimentar la "empatía" del terapeuta y de los hijos hacia ellos.

En cuanto a las muchachas anoréxicas, se parte de la definición que Mara Selvini Palazzoli dio en 1963 -" Sentir un efecto en sí mismas"- para profundizar en el modo en que estas pacientes muestran tipos de personalidad muy diferentes -dependientes, borderline, obsesivo o narcisista- que requieren distintas intervenciones terapéuticas. No existe la familia de la anoréxica, sino diversos tipos de familias caracterizadas por fenómenos recurrentes y repetitivos: el machismo a veces encubierto de padres narcisistas y la tendencia a encajar humillaciones por parte de madres sobre las que pesa la "obligación" de satisfacer las necesidades de todos los familiares. Este texto constituye una entrega más de Selvini Palazzoli considerada como una de las pioneras de la terapia familiar y gran investigadora de la psicoterapia individual de la anorexia.

Ricardo Rodolfo "Dibujos fuera del papel", Paidós, Buenos Aires, 1999, 278 págs.

¿Qué es escribir? ¿Cómo llega el niño a poder hacerlo? ¿Que procesos se tienen que cumplir en su propio cuerpo para que las operaciones de la lectoescritura sean posibles? ¿A qué niveles hay que

intervenir terapéuticamente cuando algo se trastorna o se detiene en la adquisición de estas capacidades simbólicas? ¿Y de qué manera se continúa la escritura del propio cuerpo y de sus imagos especulares a lo largo de toda la existencia mucho más allá de la niñez, según lo testimonian necesidades subjetivas como la del tatuaje y las de la subversión del atuendo en la adolescencia? Por fin ¿Qué teoría general de las escrituras del cuerpo es preciso construir a fin de articular estas y otras cuestiones?

Dibujos fuera del papel aborda algunas de estas preguntas decisivas surgidas a partir del tratamiento de diversas patologías graves tanto de pacientes adultos como de niños por lo cual su interés no se restringe a la edad específica.

Preguntas que nacen asimismo de observaciones psicoanalíticas de situaciones cotidianas paradigmáticas -de allí el estudio que el libro emprende sobre las funciones subjetivantes de la caricia y del acariciar- y de experiencias en otros campos, como el de la música. Ello lo hace un texto naturalmente abierto a lo interdisciplinario, ya que su problemática concierne en lo práctico y en lo teórico, al psicoanalista y al psiquiatra, así como también a los especialistas comprometidos en los procesos de aprendizaje, incluso en áreas tan específicas como las de la formación actoral, la enseñanza de otros idiomas y los diversos trabajos de lo corporal.

SEÑALES

Congreso Internacional sobre demencias frontotemporales

Continuando con sus comunicaciones para Vertex, el Dr. Jorge Scrazzolo nos ha hecho llegar un interesante informe sobre la conferencia pronunciada el viernes 7 de mayo de 1999 en el salón Riviera del Hotel Doubletree, Filadelfia, EE.UU., en donde sesionó el "Congreso Internacional sobre

demencias frontotemporales" organizado por la Sociedad Internacional contra el Alzheimer.

NEUROBIOLOGIA DEL ALZHEIMER

Por el Prof. Dr. S.C. Greenberg, Dpto. de Neuropsiquiatría. Escuela de Medicina Mount-Sinai. N.York. EE.UU.

El sustrato patogénico del Alzheimer es la abiotrofia del sistema colinérgico. Es previa al comienzo de las manifestaciones clínicas. Afecta de entrada a las neuronas de axón largo que integran el núcleo basal de Meynert, la amígdala, la corteza entorrinal y el hipocampo. Su marcador biológico más precoz y constante es el descenso de la colinacetyltransferasa (CHAT). Esta enzima cataliza la síntesis de acetilcolina. Se denomina autocanibalismo el fenómeno por el cual las neuronas enfermas degradan los lípidos de la membrana axonal para procurarse el sustrato destinado a equilibrar su turnover de acetilcolina. Esta autofagia eleva su contenido en fosfatidilcolina, glicerosfosfocolina y glicerosfosfoetanolamina. La enfermedad sólo compromete a las neuronas de axón largo. En las restantes, la proximidad del cuerpo de Golgi al sinaptosoma permite compensar con fosfáticos del cuerpo neuronal el déficit de colina.

Cuando el Alzheimer asume expresión clínica exhibe dos anomalías estructurales características que son: las placas seniles (PS) y los ovillos neurofibrilares (ONF). Las primeras son intercelulares. Están formadas por un infiltrado que rodea un depósito central de beta-amiloide. Este péptido de 28 aminoácidos se codifica en el cromosoma 21. No es tóxico y se acumula en todos los tejidos que envejecen. En el Alzheimer adopta una configuración fibrilar, se torna insoluble y precipita bloqueando canales ionotrópicos de alta conductancia para el potasio.

Los ONF son intracelulares y contiene proteína TAU. Este péptido de 31 aminoácidos está fosforilado (3 moles de P. por 1 de proteína). Sirve para mantener desplegados y permeables los microtúbulos por los que transitan los neurotransmisores a lo largo de la neurona. En el Alzheimer la presencia de apolipoproteína E-4

(APOE-4) hiperfosforila la proteína TAU (12 moles de P. por 1 de proteína) y colapsa el citoesqueleto neuronal bloqueando el flujo axónico.

La APOE es una proteína normal destinada al transporte de lípidos. Se codifica en el cromosoma 19. Su estructura está determinada por tres alelos. Las variantes son E2, E3 y E4. El 90% de la población posee una copia E3. La presencia del alelo E4 determina una fuerte vulnerabilidad para padecer el Alzheimer de tipo familiar de iniciación tardía (más de 65 años). La neurotoxicidad de la APOE 4 reside en que su presencia torna insoluble el beta-amiloide e hiperfosforila la proteína TAU.

La galanina es un péptido de 29 aminoácidos. Inhibe la liberación presináptica de acetilcolina y bloquea los receptores muscarínicos M1, M3 y M5 que son aquellos que hidrolizan fosfolípidos para activar segundos mensajeros. La galanina integra el sistema colinérgico como modulador fisiológico. En el Alzheimer se potencia como respuesta a la abiotrofia colinérgica y aumenta su tono inhibitorio. A este fenómeno adaptativo debe atribuirse el fracaso terapéutico de los precursores de la colina y la probabilidad de que puedan usufructuarse antagonistas de la galanina.

Los receptores nicotínicos centrales son ionotrópicos, presinápticos y están formados por cinco unidades. Todos estimulan la liberación de acetilcolina. En el cerebro del Alzheimer disminuyen su número y aparecen en estado de "down regulation". Es posible que el tabaquismo proteja del Alzheimer pero aún no se lo ha podido demostrar estadísticamente.

Se ha señalado que en la patología del Alzheimer subyace una hipoactividad glutamatérgica. Sus portadores tiene disminuidos los niveles de glutamato en el líquido cefalorraquídeo. El autocanibalismo de las neuronas de proyección genera por degradación de los lípidos de la membrana un metabolito colateral denominado 1-fosfoserina. Esta molécula es un análogo estructural del glutamato y actúa con inhibidor competitivo a nivel del receptor NMDA. La espectroscopía por resonancia magnética evidencia un aumento de hasta el 300% en los niveles de

1-fosfoserina en los portadores de Alzheimer en quienes cabría aceptar una falla funcional del sistema glutamatérgico con indemnidad de sus receptores.

A diferencia de lo que acontece con otras enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson y la Esclerosis Lateral Amiotrófica, el stress oxidativo no parece contribuir a la etiopatogenia del Alzheimer. Eso no significa que no se agregue como ingrediente adicional una vez iniciada la enfermedad. Una evidencia en tal sentido está asociada con el papel de los estrógenos que como se sabe, son potentes antioxidantes. La terapia hormonal de reemplazo debe considerarse un factor de protección para el Alzheimer. Los estrógenos además de antioxidantes, elevan los niveles de CHAT, generan factores tróficos y aumentan la densidad de las espinas dendríticas y de los receptores NMDA.

El paciente con Alzheimer padece disfunción dopaminérgica y serotoninérgica. Estos trastornos no están ligados con la patogenia de la enfermedad pero abren caminos terapéuticos alternativos. Los inhibidores de la MAO-B mejoran el rendimiento de diversos modelos experimentales en pruebas cognitivas. El empleo de antagonistas del receptor 5HT-1 A potencia la neurotransmisión glutamatérgica porque atenúa el tono inhibitorio mediado por la serotonina. Este es el mecanismo por el cual algunos antidepresivos mejoran la función cognitiva del Alzheimer.

La sintomatología depresiva acompaña con frecuencia al Alzheimer. No existen evidencias que sugieran que la depresión promueve un aumento de la incidencia de Alzheimer. Con todo, la depresión que sobreviene en los 10 años previos al comienzo del Alzheimer debe considerarse un factor de riesgo. Es probable que la depresión predisponga a padecer determinado subtipo biológico de demencia. Los Alzheimer con depresión exhiben mayor pérdida neuronal medial en el locus ceruleus.

El grupo de Vancouver demostró que el empleo sostenido de AINEs en el Alzheimer frena la microglía reactiva. Ello atenúa la magnitud de la respuesta inflamatoria que es responsable de buena parte de la sintomatología. El con-

sumo prolongado de antiinflamatorios que se registra en los pacientes reumáticos crónicos podría protegerlos del Alzheimer.

Discusión con los participantes

Pregunta: ¿El Alzheimer es una etapa obligada del envejecimiento neuronal o tiene identidad propia?

Respuesta: Es un cuadro involutivo de padecimiento facultativo.

Pregunta: ¿Por qué la depresión mayor es poco frecuente en el Alzheimer?

Respuesta: Se ha sugerido que la abiotrofia colinérgica del Alzheimer es un mecanismo protector de la depresión mayor y que los fármacos anticolinérgicos mejoran la timia y los colinérgicos la empeoran.

Pregunta: ¿En qué etapa del Alzheimer puede aparecer el síndrome de Kluver-Bucy?

Respuesta: Este cuadro caracterizado por afasia visual, desinhibición sexual, agresividad e hiperfagia es raro pero puede sobrevenir cuando se afectan ambos lóbulos temporales (etapa III).

Pregunta: ¿Hay Alzheimer debidos a un defecto de expresión génica de la proteína precursora (APP) del beta-amiloide?

Respuesta: En los Alzheimer asociados con defectos de los cromosomas 14 y 21 hay mutaciones del gen que codifica la APP. Estas modalidades de Alzheimer son infrecuentes (menos del 1%), de tipo familiar y de iniciación temprana.

Pregunta: ¿Existe un modelo animal válido para estudiar Alzheimer?

Respuesta: Creo que no. El ácido iboténico y el kaínico producen un deterioro neuronal distinto del que se obtiene con otros neurotóxicos en los animales de laboratorio. No existe en realidad ningún animal ni ninguna droga que permita reproducir en animales una enfermedad tan compleja como el Alzheimer humano.

Pregunta: ¿Existe correlación entre el daño histológico y la sintomatología clínica del Alzheimer?

Respuesta: No existe. La evolución topográfica de los ONF transcurre en seis etapas. Las dos primeras son entorrinales y corresponden al período silente preclínico. En las etapas III y IV los ONF se extienden al sistema límbico y se insinúan en los lóbulos temporales originando los trastornos cognitivos iniciales.

CORREO DE LECTORES

Un trabajo en equipo

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría
Sr. Director:

Me congratulo de la publicación del artículo "Estudio retrospectivo de una Unidad de Desintoxicación de la Prov. de Buenos Aires" en el último número de Vertex, que tuve el honor de presentar junto con los Dres. E. Toro Martínez y R. Baistrocchi. En mi carácter de Jefa de la Unidad de Desintoxicación del Htal. "Gdor. Mercante" de José C. Paz, quisiera hacer saber a los lectores de la prestigiosa revista que Ud. dirige, que en dicho Servicio trabaja junto a mí un equipo de profesionales formado por los Dres. H. Radrizzani, C. Rousseau, A. Carossio y G. Vallejos; el Lic. A. Basile; la T.S. A. Comisso; los Lic. en Enf. O. Castronovo y M. Benitez; el Aux. de Enf. A. Delgado y el Secr. H. Acevedo; cuya esforzada y jerarquizada tarea permite el funcionamiento del mismo y arroja los resultados en la función asistencial. Cordialmente.

Dra. María de los Angeles Focci

PREMIO ACTA 1999 U\$ 10.000 más enseña y diploma

Al mejor trabajo de investigación sobre : Depresión - Ansiedad - Esquizofrenia en América latina

Podrán postularse al concurso por el Premio ACTA 1999 investigadores latinoamericanos, residentes en cualquier parte del mundo, que presenten un trabajo de investigación sobre depresión- ansiedad- esquizofrenia que sea original, inédito, escrito en español, realizado en el transcurso de los últimos tres años y relevante en el contexto de la situación de la salud mental en América latina.

La fecha límite para la entrega de los trabajos es el 31 de agosto de 1999. El resultado del Concurso se dará a conocer a partir del 12 de octubre y el premio será entregado en el Congreso anual de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) (octubre de 1999).

Para solicitar informes sobre las bases del Premio ACTA dirigirse a:

Dr. Sergio Strejilevich
Fundación ACTA, Casilla 170, Suc. 25, (1425) Buenos Aires, Argentina. Tel/fax: (54-11) 4854 8209 / 4857 3151 ó (54-11) 4833-2424 lunes, miércoles y jueves de 14 a 17 hs.
E-mail: fuacta@ssdnet.com.ar



PAIDÓS

RICARDO RODULFO

Dibujos fuera del papel

De la caricia a la lectoescritura en el niño

PAUL VERHAEGHE

¿Existe la mujer?

De la histórica de Freud a lo femenino en Lacan

EOL

El peso de los ideales

JÚLIA COROMINAS

*Psicopatología arcaica y desarrollo:
ensayo psicoanalítico*

M. SELVINI PALAZZOLI Y OTROS

Muchachas anoréxicas y bulímicas

S. MINUCHIN Y OTROS

El arte de la terapia familiar

Errata

En la entrevista realizada al Lic. C. Wertheimer en el número anterior de Vertex, se deslizaron algunos errores: pág. 64, donde dice: luz, debe decir ley. En la misma pag. donde dice: el prestigio hay que ejercerlo... debe decir el prestigio hay que construirlo... En pág. 65, donde dice: lo que se ha modificado en este hospital no es producto..., debe decir lo que se ha modificado en este hospital es producto... Y en la misma pág. donde dice: ...hacer un estar de lujo, en un proyecto donde..., debe decir...hacer un SPA de lujo, también hubo en 1989 un proyecto donde...

WORLD ASSOCIATION FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (WAPR)

*VII Congreso Mundial
"La Rehabilitación
psicosocial:
alentar la diversidad
y preservar la equidad"*

Paris, 7 al 10 de Mayo
de 2000

Sesiones Plenarias:

- 1) Desinstitucionalización, rehabilitación
 - 2) Familias, usuarios y profesionales: diversidad y equidad
 - 3) Arte, cultura y rehabilitación
- Foros, Talleres, Trabajos libres

Inscripción:

NHA Communication
3, rue La Boétie
75008 Paris, Francia
Fax: 33 (1) 42 66 45 45
Email: nha.com@wanadoo.fr

Presentación de trabajos:

Dr. G. Vidon
Email: g-vidon@imaginet.fr

Psyche

Revista de Psicoanálisis -
cultura - sociedad

En Kioscos y librerías,
los 1º viernes de cada mes.

En internet: www-psyche-navegante.com
www-psyche-navegante.com.ar

Convocamos a Jornadas de Reflexión e Intercambio de ideas
"Malestar en la cultura en vísperas del 2000"
los días 10 y 11 de diciembre de 1999.

Como es costumbre, culminaremos con una **Gran Fiesta**

Revista

TopiA

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 4802-5434
Fax: 4943-0968
E-mail: topia@psico.net



ACOMPAÑAMIENTO 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