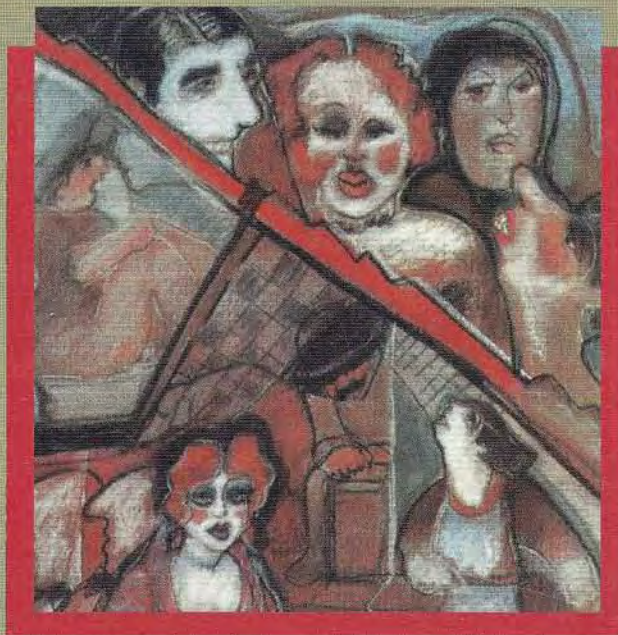


# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

# 30

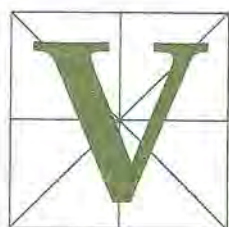


## EL SECTOR SALUD MENTAL POLÍTICA, ECONOMÍA, ACTORES, CALIDAD

*Agrest / Arin / Clara / di Stefano / Gandolfo  
Greco / Kovess / Nemirovsky / Penochet  
Pan / Santiago / Schweiger / Stolkiner  
Vainer / Vilar /*

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

Volumen VIII - Nº 30 Diciembre 1997 - Enero - Febrero 1998



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

30

Director:

**Juan Carlos Stagnaro**

Director Asociado para Europa:

**Dominique Wintrebert**

## Comité Científico

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

## Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);

Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, 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:** H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

## Corresponsales en el Exterior:

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:  
Carlos De Lorenzo

Diseño  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Callao 157 P.B. "C"  
(1022) Buenos Aires"  
Impreso en:  
Chulca Impresora s. a.  
Doblas 1753  
(1424) Buenos Aires  
Tel.: 921-5817 922-4937

## Informes y correspondencia:

**VERTEX**, Callao 157 P. B. "C",  
(1022), Capital Federal, Argentina,  
Tel. 373-0690 - 372-8896 Fax: 373-0690  
E-mail: polemos@sminter.com.ar

## En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus,  
(75012) París, FRANCIA Tel.: (33-1)  
43.43.82.22. Fax: (33-1) 43.43.24.64  
E-mail: wintreb@easynet.fr

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VIII N° 30, DICIEMBRE 1997, ENERO, FEBRERO 1998

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

## SUMARIO

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "¿Qué es un antipsicótico atípico?", F. L. Zan pág. 245
- "Risperidona y su impacto en la Calidad de Vida del paciente esquizofrénico crónico", Grupo de Estudio con Risperidona, Coordinador: S. González-Gutiérrez pág. 252
- "Fenómenos transferenciales en el paciente agónico", O. A. Guinsburg pág. 260

### DOSSIER

#### EL SECTOR SALUD MENTAL.

##### POLITICA, ECONOMIA, ACTORES, CALIDAD

- *Farmacoeconomía y Disease Management: su aplicabilidad en Salud Mental*, M. Pan pág. 272
- *Perfil profesional de los Ex-Residentes de Salud Mental*, M. Agrest, C. Arin, C. Greco, M. Nemirovsky, A. Vainer pág. 278
- *El sector Salud Mental. Influencias político-económicas y nuevas perspectivas. Entrevista a Arturo Schweiger*, por T. Méndez pág. 283
- *La calidad de la atención en psiquiatría*, V. Kovess, J.-C. Penochet pág. 285
- *Atención de la Salud Mental en el subsistema de Obras Sociales*, A. Stolkiner, M. Clara, P. di Stefano, M. Gandolfo, G. Santiago, P. Vilar. pág. 293

#### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- *La asistencia psiquiátrica. El personal psiquiátrico* por Gregorio Bermann pág. 311

#### CONFRONTACIONES

- Una novedad editorial:  
RAN Revista Argentina de Neurociencias pág. 322

#### LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 325
- "Señales" pág. 327

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición cuatrimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año indizada en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" LILACS.

**EDITORIAL**

**E**

*l desarrollo de Vertex, que alcanza con este número su séptimo año de aparición ininterrumpida, continúa viento en popa. En el mes de Setiembre apareció el primer número de Vertex Uruguay. Un evento de especial significación ya que esta iniciativa viene a cumplir un largo anhelo de nuestra Redacción: el de contribuir a estrechar vínculos científicos y profesionales en la región; y nada mejor para ello que comenzar por hacerlo entre los colegas de ambas márgenes del Plata. El proyecto es de una gran originalidad, el Suplemento está dotado de un Comité formado por colegas uruguayos que se encargan de seleccionar los trabajos presentados en forma totalmente independiente. La lista de los miembros del mismo dice por sí sola de la jerarquía de la publicación: la encabeza el Prof. Enrique Probst a quien acompañan el Prof. Agreg. Esteban Gaspar y los Dres. Manuel Alcalde y Aurora Polto. Su aparición está prevista en forma trimestral, circulará en ambos países y se incorporará a todos los lugares adonde Vertex ya está presente.*

*Recientemente hemos sido incluidos en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" LILACS, y pronto será el turno de nuestra entrada en el INDEX MEDICUS. Esta novedad constituye un elemento importante para los autores que visiten nuestras páginas en función de la más amplia difusión de sus artículos. La revista también navega en Internet a través de la distribución que le proporciona la librería virtual Babel del Sistema Russell.*

*Nervure, una de las más dinámicas y prestigiosas revistas francesas de psiquiatría, dedica íntegramente uno de sus próximos números a reproducir una selección de artículos de Vertex que ha seleccionado su Secretaría de Redacción bajo la dirección de François Caroli.*

*Todas las tareas que se desprenden de este conjunto de iniciativas nos han conducido a incrementar el número de los miembros de nuestro Secretariado de Redacción; el que a su vez se había visto reducido con la partida de nuestro gran amigo Sergio Strejilevich quien, desde hace poco tiempo lanzó, junto a otros colegas, la novedosa e imprescindible RAN Revista Argentina de Neurociencias (ver Confrontaciones en este número). Es así que se incorporaron al mismo Pablo Gabay y Eduardo Leiderman –talentosos colegas a quienes damos la bienvenida– que tomaron a cargo la responsabilidad, junto a los que lo venimos haciendo, de asegurar la continuidad de la calidad científica y participativa de Vertex ■*

**J. C. Stagnaro – D. Wintrebert**

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) 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 do-

ble 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.

# ¿QUÉ ES UN ANTIPSICOTICO ATIPICO?

Fernando L. Zan

Médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Médico del Hosp. Neuropsiquiátrico Infanto-juvenil "Carolina Tobar García", Prof. Adjunto de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Carrera de Psicología de la Fac. de Filosofía y Letras (U.C.A.).  
Francisco de Vittoria 2385, Planta Baja (1425) Capital Federal. Te/Fax: 803-3047 y 802-3272

## Introducción

Los antipsicóticos son un grupo de drogas que comparten la propiedad farmacodinámica de antagonizar los receptores dopaminérgicos. Se los ha denominado también neurolépticos clásicos, antagonistas dopaminérgicos y tranquilizantes mayores. El término neuroléptico hace referencia a los efectos neurológicos o motores de la droga. Denominarlos tranquilizan-

tes mayores no es del todo adecuado porque sugiere que el efecto primario de estas drogas es sedar al paciente y podrían confundirse con el grupo de los tranquilizantes menores o ansiolíticos. Un error común es el uso del término "Fenotiacinas" como sinónimo de antipsicótico, ya que las Fenotiacinas son solamente un subtipo de este grupo de drogas. El antagonismo dopaminérgico es la acción predominante del subgrupo de los llamados antipsicóticos

"clásicos" o "típicos" únicamente, y no se ajusta a los nuevos fármacos "atípicos". La frecuente utilización de estas drogas en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis hizo que se las denominara antipsicóticos aun cuando son empleadas para tratar otras patologías como trastornos afectivos, agitación severa, conducta violenta y trastornos del movimiento entre otras(8, 9). En el presente trabajo preferimos utilizar esta última denominación.

## Resumen

El presente artículo se propone analizar los diferentes recursos terapéuticos psicofarmacológicos con que contamos en la actualidad para el tratamiento de la psicosis. Se ponen de relieve las características de los diversos grupos de fármacos, centrando su foco de atención en los antipsicóticos atípicos disponibles en nuestro país (clozapina, risperidona, olanzapina) y las nuevas moléculas de próxima aparición (sertindol, quetiapina). Estas nuevas alternativas terapéuticas han sido desarrolladas con la esperanza de disminuir el impacto que tanto la enfermedad como el tratamiento evidencian sobre los pacientes, permitiéndoles una mejor calidad de vida y favoreciendo su reinserción familiar, social y laboral.

**Palabras Clave:** Antipsicóticos atípicos – clozapina – risperidona – olanzapina – sertindol – quetiapina.

## WHAT IS AN ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC?

### Summary

The aim of this article is to analyze the different psychopharmacologic therapeutic resources that there are for the treatment of psychosis. The characteristics of the several groups of drugs are shown, focusing on the available atypical antipsychotic in Argentina (clozapine, risperidone, olanzapine), and the coming new molecules (sertindole, quetiapine). These new therapeutic possibilities have been developed with the hope of diminishing the impact that the illness and the treatment cause on patients, allowing them a better quality of life and stimulating a familiar, social and laboral reintegration.

**Key Words:** Atypical antipsychotics – clozapine – risperidone – olanzapine – sertindole – quetiapine.

## Clasificación clínica

Dividimos a los antipsicóticos en dos grandes grupos:

A. Los *neurolépticos clásicos* o *antipsicóticos típicos* cuya capacidad para reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia está íntimamente relacionada con el antagonismo de los receptores dopaminérgicos de tipo 2 (D<sub>2</sub>). Dentro de este grupo, podemos distinguir: los incisivos (o de alta potencia), los sedativos (o de baja potencia) y los llamados de transición que comparten características de ambos grupos (Moizesowicz agrega los de liberación prolongada o de depósito cuya acción se mantiene a lo largo de varios días o semanas)(15). Aunque la potencia de los antipsicóticos varía ampliamente, estas drogas tienen una eficacia simi-

lar en el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos cuando se las utiliza en dosis equipotentes. El mecanismo de acción de los antipsicóticos mencionados es, como dijimos, el antagonismo por competición, bloqueando los receptores D<sub>2</sub> para evitar la unión con la dopamina endógena y, en consecuencia, prevenir la despolarización neuronal.

Se considera que el efecto terapéutico se logra a partir del bloqueo del 70% de los receptores D<sub>2</sub>. La clara correlación que existe entre el grado de bloqueo y la potencia antipsicótica ha hecho que se proponga una *hipótesis dopaminérgica* para la esquizofrenia. Varios estudios pusieron de manifiesto que altas concentraciones plasmáticas de ácido Homovanílico (principal metabolito de la dopamina), previas a la administración de la droga, se asocian con una mayor respuesta clínica a estos medicamentos. Más aún, un descenso en la concentración de este metabolito se asocia con una evolución más favorable en muchos pacientes(9).

Sin embargo, la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia presenta algunos puntos a considerar. En primer lugar, el bloqueo de los receptores es inmediato, aunque el efecto antipsicótico completo pueda tardar varios días o semanas en desarrollarse. Esta observación sugiere que existiría otro mecanismo de acción más lento, posiblemente vinculado con modificaciones en el metabolismo (*turn over*) dopaminérgico, que sería el responsable de la eficacia terapéutica de estas drogas. En segundo término, su acción no es específica para la esquizofrenia, ya que reduce los síntomas psicóticos independientemente de cual sea su origen, como lo podemos apreciar en los casos de los trastornos bipolares en fases maníacas, en las depresiones con características psicóticas, en los trastornos psicóticos inducidos por sustancias, o en los cuadros delirantes y alucinatorios producidos por causas orgánicas(8).

Por otro lado, la mayoría de los efectos adversos neurológicos y endocrinológicos de los antipsicóticos también son causados por el bloqueo dopaminérgico. Muchos de estos medicamentos poseen además acción antagonista sobre los receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, responsables de la gran variedad de sus efectos secundarios.

Los antipsicóticos incisivos o de alta potencia suelen asociarse con una elevada incidencia de efectos secundarios extrapiramidales, como distonías agudas, acatisia y parkinsonismo; mientras que su uso prolongado puede producir disquinesias tardías, de difícil tratamiento.

Los antipsicóticos sedativos o de baja potencia, en cambio, presentan menor incidencia de síntomas neurológicos, pero mayores efectos autonómicos; como por ejemplo arritmias cardíacas, mareos, hipotensión ortostática, descenso del umbral convulsivo, temblor, aumento de peso, alteraciones sexuales, trastornos en la acomodación visual, constipación, sequedad bucal, alergias e importante sedación, entre otros(8, 9, 15).

La observación clínica sugiere que una mala reacción a la droga en el inicio del tratamiento suele correlacionarse con una más modesta respuesta terapéutica, con mayores efectos adversos y con interrupción del tratamiento en el largo plazo(4).

En conclusión, los antipsicóticos clásicos o típicos presentan una serie de limitaciones clínicas (Modificado de Meltzer y col. 1994):

- No son efectivos en el tratamiento de los síntomas positivos psicóticos (alucinaciones, ideación delirante, disgregación del pensamiento, conductas bizarras, etc.) en un 15 a 30 % de los pacientes.

- No son efectivos en el control de los síntomas negativos (apatía, retraimiento, falta de iniciativa, abulia, aplanamiento afectivo, anhedonia, etc.) propios de la esquizofrenia (síntomas negativos primarios), pudiendo incluso producirlos o agravarlos (síntomas negativos secundarios).

- Desarrollan frecuentemente síntomas extrapiramidales (SEP) agudos (acatisia, parkinsonismo, distonías agudas), muchas veces controlables sólo en forma parcial por los anticolinérgicos.

- Con su uso prolongado pueden producir disquinesias tardías (hasta en un 20 a 30% de los pacientes jóvenes y en un 70 a 80% de los pacientes ancianos).

- No previenen ni revierten el deterioro producido por la esquizofrenia.

- Es frecuente la interrupción del tratamiento en el largo plazo.

- No estimulan eficazmente la reinserción familiar, laboral y social.

- Proveen a los pacientes de una insuficiente calidad de vida.

Durante varias décadas este tipo de fármacos constituyó (y continúa siendo) el tratamiento de elección para la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos a pesar de que el resultado obtenido no sea del todo satisfactorio(8, 9).

**B.** En la actualidad contamos con nuevos instrumentos terapéuticos, los denominados *antipsicóticos atípicos* (AA), término utilizado en contraposición con los neurolepticos típicos ya comentados: se trata de un grupo variado de fármacos, heterogéneos desde el punto de vista de su estructura química, con respuestas clínicas similares, pero que se diferencian a nivel farmacodinámico por su potencia variable con los diversos receptores. Durante muchos años, la clozapina fue considerada como el único exponente de este grupo (algunos autores incluyen también a la sulpirida y a la amisulprida), pero actualmente la acompañan la risperidona, la olanzapina y los nuevos fármacos que se encuentran en la fase de investigación clínica, de próxima aparición, como el sertindol, la quetiapina y la ziprasidona.

En el caso de la sulpirida, y su derivado, la amisulprida, si bien poseen una alta afinidad por los receptores D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub> y D<sub>4</sub>, son bastantes selectivos para las neuronas dopaminérgicas del Area Tegmental Ventral (Area A10) donde se originan las vías mesolímbicas y mesocorticales teniendo menos acción sobre las neuronas de la Sustancia Nigra (Area A9)(7).

### ¿Por que se considera "atípico" a un fármaco?

Existen diferentes aspectos que deben ser tomados en cuenta para determinar si un fármaco presenta cualidades atípicas.

### Aspectos Clínicos

Se considera que estos agentes deben poseer las siguientes *características clínicas*(2, 4, 15):

- Eficacia en el tratamiento de los síntomas positivos psicóticos.

- Eficacia en el tratamiento de los síntomas negativos primarios y secundarios en pacientes esquizofrénicos.

- Mejoría de la función cognitiva y del estado de ánimo.
- Menor incidencia de síntomas extrapiramidales agudos.
- Desarrollo leve o ausente de disquinesias tardías con su uso prolongado.
- Tendencia a afectar mínimamente los niveles de prolactina, reduciendo los efectos adversos endocrinos (amenorrea, galactorrea, ginecomastia).

Algunos autores como García Ribera proponen, además, como criterio de atipicidad, la eficacia antipsicótica clínica en pacientes resistentes a los neurolépticos clásicos.

**Aspectos experimentales**

Un criterio de selección experimental con animales, relaciona la dosis que se necesita de una droga determinada para inhibir la actividad locomotora inducida por anfetaminas, con la dosis requerida para inducir catalepsia con rigidez muscular en el mismo animal. Se considera agente atípico aquel que logra bloquear esta actividad a una dosis que no produce catalepsia(21). Una analogía equivalente a esta experiencia en seres humanos podría ser la de un fármaco que posee efecto antipsicótico a dosis menores que las que producen efectos extrapiramidales, hecho que se evidencia claramente con los antipsicóticos atípicos. Otros autores sugieren considerar como criterio adicional, la reducción o control de las conductas inducidas por la fenciclidina (PCP), una sustancia adictiva que produce un síndrome caracterizado por desorientación, agitación, delirios y alucinaciones. Esta sustancia, al igual que el MK-801, produce su efecto a través del bloqueo de los receptores NMDA. Los AA serían capaces de antagonizar dichas conductas(17).

**Aspectos Farmacodinámicos**

Si bien se reconoce la existencia de un componente serotoninérgico en el mecanismo de acción de los antipsicóticos, no existe una relación directa entre la afinidad de los neurolépticos clásicos por los receptores 5HT<sub>2</sub> y su efecto terapéutico. Sin embargo, el descubrimiento de que la clozapina presentaba mayor afinidad por el receptor 5HT<sub>2</sub> que por el D<sub>2</sub> provocó que la hipótesis serotoninérgica cobrara mayor fuerza(5).

Un importante número de los antipsicóticos en desarrollo sigue el modelo de la clozapina, caracterizándose por una afinidad por el receptor serotoninérgico muy superior a la de los neurolépticos típicos. El hecho de que la metisergida, un bloqueante 5HT<sub>1</sub>, no haya sido útil en el tratamiento de la psicosis, contribuyó a que la atención se centrara en los receptores 5HT<sub>2</sub>. En efecto, la clozapina bloquea hasta el 80% de los receptores 5HT<sub>2</sub>, mientras el haloperidol prácticamente no los ocupa(16).

Sin embargo la ritanserina, un compuesto selectivo para los receptores 5HT<sub>2</sub>, tampoco ha demostrado ser eficaz como agente antipsicótico único, aunque cuando se lo combina con neurolépticos clásicos, se evidencia un aumento en la eficacia de estos últimos.

Desde el punto de vista de su afinidad receptorial, los AA presentan un predominio de la acción antagonista sobre los receptores serotoninérgicos 5HT<sub>2</sub> siendo menor su acción sobre los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub>. Su relación 5HT<sub>2</sub>/D<sub>2</sub> superior a 1 contrasta con las cifras habitualmente bajas de las drogas clásicas(4, 11). Estudios realizados con tomografía de emisión de positrones (PET) en voluntarios sanos muestran que la relación 5HT<sub>2</sub>/D<sub>2</sub> es de 1,5 para la clozapina y de 1,4 para la olanzapina, aunque que cuando a esta última se la utiliza en dosis elevadas cercanas a 20mg/día, su relación disminuiría acercándose a la de la risperidona.

Se ha sugerido que la propiedad de antagonizar los receptores adrenérgicos α<sub>2</sub> sería también una característica de los fármacos atípicos, pero su efecto terapéutico no está claro, por lo que constituye un criterio de selección discutible. De todas maneras, el bloqueo de estos receptores parece estimular la liberación de dopamina en el núcleo estriado, pudiendo constituir un mecanismo indirecto para atenuar el parkinsonismo inducido por el bloqueo D<sub>2</sub>, lo que explicaría, por medio de otra vía, la ausencia de este síndrome con los nuevos fármacos(4, 9, 10).

Los AA parecen poseer cierta selectividad regional en el cerebro humano. El bloqueo preferencial de los receptores D<sub>2</sub> a nivel de las neuronas dopaminérgicas de la vía mesolímbica (Area A10), sería respon-

sable del control de los síntomas psicóticos positivos. Su acción más débil sobre los receptores de las neuronas motoras homólogas de los ganglios basales y en especial del sistema nigroestriado (Area A9), explicaría la menor incidencia de síndrome extrapiramidal que presentan estos fármacos(2, 6, 10, 11). A igual biodisponibilidad de la droga, los antagonistas deberían unirse al mismo tipo de receptor con igual grado de afinidad, en las diferentes regiones. Esta variable acción regional se explicaría únicamente a través de la existencia de subtipos diferentes de estos receptores(4, 11).

Por otro lado el bloqueo de los receptores 5HT<sub>2A</sub> provocaría un aumento en el tono dopaminérgico en el sistema nigroestriado que contribuiría a disminuir los SEP, y en la corteza prefrontal, que sería responsable de la mejoría de los síntomas psicóticos negativos. Es probable que la serotonina tenga, también, una acción mas directa además de modular la neurotransmisión dopaminérgica(7).

La búsqueda de una selectividad regional y una especificidad receptorial para los AA, a pesar del enorme avance realizado, no presenta, por el momento, resultado claros y definitivos. Una alternativa probable es que el efecto atípico de estas drogas sea el resultado de una acción combinada de diferentes receptores a diferentes niveles y no patrimonio exclusivo de una sola vía(4, 11).

**Antipsicóticos atípicos disponibles**

**Clozapina**

*Introducción:* Uno de los hechos más revolucionarios en el campo del tratamiento psicofarmacológico de la psicosis desde el descubrimiento de la clorpromazina en 1952, fue el reconocimiento de los efectos antipsicóticos de la clozapina en la década del '70(5). La euforia inicial, debido a las propiedades únicas que esta droga presentaba, disminuyó en gran medida debido a la aparición de casos de agranulocitosis, en ocasiones fatales, entre los pacientes tratados con este fármaco. Este peligroso efecto adverso motivó que fuera retirada del mercado. Pero con su posterior reintroducción en la práctica clínica institucional, debi-



damente monitoreada por hemogramas, se puso de relieve que puede ser utilizada con seguridad si se realizan los controles necesarios(4). El éxito de la clozapina ha producido un renovado entusiasmo y continúa sirviendo de estímulo para el desarrollo de nuevas moléculas atípicas. Desde entonces, se ha convertido en el paradigma de los AA, en el "metro patrón" con el cual se comparan todos los candidatos a ser considerados como tales.

**Eficacia:** En los numerosos estudios que se han realizado, la clozapina ha demostrado poseer una acción antipsicótica igual o superior a la de los neurolepticos típicos, actuando sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, así como también sobre otras manifestaciones comórbidas que presentaban los pacientes, como ansiedad, depresión, agresividad y trastornos de conducta, favoreciendo su reinserción familiar, laboral y social con el consiguiente mejoramiento de la calidad de vida. La continuidad del tratamiento, facilitada por la buena tolerabilidad del fármaco, trae como consecuencia una reducción significativa del número de recaídas y reinternaciones(4, 9, 15).

La clozapina se ha convertido en una alternativa insoslayable para el tratamiento de las esquizofrenias resistentes a los neurolepticos clásicos, ya que demostró ser

efectiva en un 30% o más de los pacientes que no respondían a estas medicaciones.

**Farmacocinética:** La clozapina presenta una buena absorción oral y no es alterada significativamente por la presencia de alimentos. Evidencia un metabolismo de primer paso hepático importante, con una biodisponibilidad aproximada del 50 ó 60%. La concentración plasmática máxima se produce entre 1 y 4 horas después de su administración oral. Es metabolizada en el hígado fundamentalmente por los citocromos P450 CYP 1A2 y 3A4, careciendo sus metabolitos de actividad farmacológica significativa. Su vida media es de 12 a 16 horas aproximadamente(15, 17).

**Interacciones:** La asociación con medicamentos que inhiben el CYP 3A4 (como el ketoconazol, la eritromicina o la fluoxetina) o el CYP 1A2 (como la fluvoxamina) incrementan los niveles plasmáticos de la clozapina, mientras que los inductores del 3A4 como la carbamapina pueden disminuirlos. Esta última asociación no es recomendable además, por la potencial producción de discrasias sanguíneas con ambos medicamentos. Se puede utilizar valproato de sodio o carbonato de litio si es necesario agregar un antiepileptico o un estabilizante del ánimo. La combinación con benzodiazepinas aumenta el

riesgo de excesiva sedación y/o depresión del SNC por lo que debe realizarse con precaución.

**Farmacodinamia:** Si bien la clozapina se une a los receptores D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, a los  $\alpha_1$  y  $\alpha_2$  y a los muscarínicos, su mayor afinidad la encontramos por los receptores serotoninérgicos, especialmente los 5HT<sub>2</sub> y los 5HT<sub>6</sub>, los dopaminérgicos D<sub>4</sub> y los histaminérgicos. Presenta una mayor afinidad por los 5HT<sub>2</sub> que por los D<sub>2</sub>, siendo su relación 5HT<sub>2</sub>/D<sub>2</sub> cercana a 1,5(4, 11, 16).

La clozapina parece tener actividad sobre un gran número de receptores conocidos, por lo que se puede considerar un fármaco "sucio" o de "amplio espectro" por tomar un término habitualmente referido a los antibióticos. A esta múltiple actividad receptorial se debe el número importante de efectos secundarios que presenta y la dificultad en dilucidar cuáles son los mecanismos responsables de sus propiedades clínicas únicas.

**Efectos adversos:** Una apreciable ventaja de la clozapina sobre los neurolepticos clásicos es la ausencia de síndrome extrapiramidal. La prevalencia del mismo en los estudios realizados por Casey varía en 0-20 % para la clozapina contra un 40-85% para el haloperidol, utilizados ambos a dosis efectivas para el control de síntomas psicóticos. Los pacientes tratados con clozapina prácticamente no han desarrollado disquinesias tardías e incluso se han visto mejorías o remisiones totales en pacientes con disquinesia tardía previa cuando son tratados por esta droga(4, 9, 15).

Los mecanismos por los cuales la clozapina produce agranulocitosis en aproximadamente en 1 ó 2% de los pacientes, no han sido determinados. Algunos autores consideran que el efecto estaría mediado por una reacción autoinmune contra los granulocitos en la médula ósea o incluso, en sangre periférica, mientras que otros responsabilizan al efecto tóxico directo de un metabolito de la clozapina. Cuando se presenta, la agranulocitosis habitualmente se inicia dentro de los primeros seis meses de tratamiento, se instala en forma progresiva y suele ser reversible ante la suspensión del fármaco, aunque se han registrado también casos de aparición abrupta o tardía, incluso luego de un año de tratamiento, por lo cual los contro-

## Sistemas Familiares



Publicación de la

Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires

Directora: Lic. Rosalía Bikel

Fundada en 1985, es editada con periodicidad cuatrimestral (marzo, julio y noviembre). Su objetivo es la difusión de la terapia familiar sistémica entre los profesionales de habla hispana.

Tiene a la comprensión de las relaciones humanas y su tratamiento a través de trabajos teóricos, clínicos y de investigación sobre parejas, familias y redes sociales.

Valor de la Suscripción por:	1 año	2 años
En la R. Argentina	\$30	\$60
Países limítrofes	u\$s42	u\$s84
Resto de América	u\$s46	u\$s92
Resto del mundo	u\$s49	u\$s98

Secretaría y redacción: Cerviño 3920, 4° "C" (1425) Buenos Aires, Argentina

Tel.: (541) 802-5575 - Fax: (541) 801-2906

E-mail: liabikel@ssdnet.com.ar

<http://www.geocites.com/HotSprings/Spa/2556>

les hemáticos siguen siendo imprescindibles. Es necesario disminuir la medicación cuando la leucopenia se encuentre por debajo de  $3.500/\text{mm}^3$  y suspender el tratamiento cuando esa cifra sea menor de  $3.000/\text{mm}^3$  o la granulocitopenia inferior a  $1.500/\text{mm}^3$  (9, 15).

Entre sus acciones colaterales, podemos encontrar descenso umbral del convulsivo (que puede desencadenar crisis epilépticas, especialmente si se utilizan dosis superiores a los 600 mg/día), febrícula, mareos, cefaleas, marcada sedación y aumento de peso corporal. Estas dos últimas manifestaciones, frecuentemente presentes, probablemente estén mediadas por el bloqueo de los receptores histaminérgicos  $H_1$ . También puede constituir un problema la presencia de síntomas anticolinérgicos como constipación, retención urinaria, sequedad bucal, confusión, hipotensión ortostática, taquicardia o bradicardia, trastornos en la acomodación visual, etc.

Aproximadamente 1/3 de los pacientes evidencian una sialorrea producida por mecanismos poco claros (posiblemente por su acción agonista sobre los receptores muscarínicos  $M_5$ ), que se acentúa durante el sueño y que contrasta con la acción anticolinérgica mencionada (4, 9, 15).

**Conclusión:** La clozapina probablemente no sea la mejor alternativa para el grupo de pacientes que responden bien a los antipsicóticos convencionales o a la risperidona, y que no presentan efectos secundarios importantes. Pero aquella continúa siendo un instrumento insustituible en el tratamiento de las psicosis; y se la puede considerar como antipsicótico de elección para los pacientes que presentan catatonia, predominio de síntomas negativos, resistencia a los medicamentos de primera línea, o manifiestos efectos adversos, como disquinesias tardías o importante extrapiramidalismo.

### Risperidona

A pesar del corto tiempo que lleva en el mercado, la risperidona ocupa un lugar destacado en la preferencia de los psiquiatras, por ser considerada como droga de primera línea en el tratamiento de un primer episodio psicótico o ante el predominio de sintomatología negativa.

**Farmacocinética:** La risperidona presenta una rápida absorción por vía oral y alcanza su máxima concentración plasmática aproximadamente a las 2 horas. Su vida media es de alrededor de 3 a 4 horas. Se metaboliza en el hígado utilizando la vía del citocromo P450 CYP 2D<sub>6</sub>, produciéndose un derivado farmacológicamente activo (9-hidroxisperidona) que se elimina por excreción renal en aproximadamente 20 a 24 horas. Por esta razón, sería conveniente administrar dosis menores en pacientes con función renal disminuida (4, 15).

**Interacciones:** La asociación con fármacos que inhiban el CYP 2D<sub>6</sub> (como la fluoxetina o la paroxetina) puede elevar su concentración plasmática.

**Farmacodinamia:** La risperidona bloquea en mayor medida los receptores 5HT<sub>2</sub>, aunque también tiene importante efecto sobre los D<sub>2</sub> y  $\alpha_1$ . El porcentaje de ocupación de los mismos varía con las dosis administradas. En dosis relativamente bajas (menos de 6 mg/día) provoca un bloqueo parcial de los receptores D<sub>2</sub> que (sumado al antagonismo de los 5HT<sub>2</sub>) produce una baja incidencia de manifestaciones extrapiramidales al mismo tiempo que demuestra ser eficaz para controlar la sintomatología positiva, negativa y afectiva de los pacientes esquizofrénicos (11, 12, 14, 20).

**Efectos adversos:** Administrado en dosis altas, produce un bloqueo D<sub>2</sub> comparable a los antipsicóticos tradicionales con la consiguiente aparición de efectos adversos de tipo neuroléptico. A pesar de lo cual, estudios controlados que utilizaron dosis altas de risperidona (8, 10 y 16 mg/día) continuaron evidenciando menores efectos extrapiramidales que los encontrados con una dosis de 20 mg/día de haloperidol (13, 17).

La risperidona induce una elevación de los niveles de prolactina similar a los antipsicóticos típicos, con la potencial producción de efectos adversos endócrinos relacionados, como la amenorrea, la galactorrea, la ginecomastia, etc. (15).

Por estas razones, es a veces considerada como un agente "cuasi" atípico o, al menos, como el menos atípico de este nuevo grupo de antipsicóticos.

Se acepta que la risperidona produciría menor número de disquinesias tardías que los neurolépticos clásicos, y que algunos pacientes con disquinesias tardías preexistentes parecen beneficiarse con esta droga, si bien son necesarios estudios a largo plazo para comprobarlo.

Aunque produce incremento del peso corporal, no lo hace al nivel de la clozapina y, a diferencia de ésta, no hay casos registrados de agranulocitosis.

En los pacientes que utilizan esta medicación pueden presentarse mareos, cefaleas, ansiedad, constipación, hipotensión ortostática y taquicardia en forma moderada, siendo habitualmente bien tolerada.

**Conclusión:** la risperidona parece ser una agente antipsicótico seguro y efectivo para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. La dosis diaria óptima es alrededor de 6 mg/día, la que parece ser eficaz para el control de los síntomas psicóticos y no suele inducir efectos extrapiramidales de importancia (12, 20). No parece poder reemplazar a la clozapina en casos de psicosis graves, en los que se requieren dosis elevadas de medicación que producirían acciones y efectos secundarios similares a los tratamientos tradicionales.

### Olanzapina

La olanzapina fue desarrollada teniendo como modelo a la clozapina, con la esperanza de encontrar un antipsicótico atípico tan efectivo como ella, pero de menores efectos adversos y que, fundamentalmente, no produjera agranulocitosis. En este punto, parece haber tenido éxito ya que en los estudios realizados no se han detectado alteraciones leucocitarias con esta medicación.

**Farmacocinética:** La olanzapina presenta una buena absorción oral y no se ve afectada por la ingestión de alimentos. Su biodisponibilidad presenta una curva lineal y proporcional a la dosis. El pico de concentración plasmática se produce luego de 5 a 8 hs. de su ingesta. En su metabolización hepática intervienen los citocromos P450 CYP 1A<sub>2</sub> y 2D<sub>6</sub>, a los que inhibe levemente, siendo sus metabolitos inactivos farmacológicamente. Su vida media es de aproximadamente 30 horas (17).

**Interacciones:** Los inhibidores de CYP 1A<sub>2</sub> (como la fluvoxamina),

pueden elevar sus niveles plasmáticos, así como los inductores del mismo citocromo (como el omeprazol) pueden disminuirlo.

**Farmacodinamia:** Desde este punto de vista, la olanzapina estudiada *in vitro*, presenta un perfil similar al de la clozapina, con una mayor afinidad por los receptores serotoninérgicos que por los dopaminérgicos, por lo que su relación 5HT<sub>2</sub>/D<sub>2</sub> es de 1,4 aunque disminuye si se la utiliza en dosis altas cercanas a 20mg/día, alejándose de los niveles de la clozapina; también es menor su afinidad por los receptores adrenérgicos  $\alpha_1$  (1, 14, 18). En las pruebas "in vitro" realizadas, evidencian una mayor acción antagónica sobre los receptores muscarínicos que la clozapina, con lo que serían esperables efectos anticolinérgicos más importantes que no se manifiestan en las pruebas clínicas, comportándose en forma similar a aquélla (18). Los estudios preliminares que comparan la olanzapina (en dosis de 7,5 a 20 mg/día) con haloperidol (en dosis de 10 a 20 mg/día), evidencian una acción antipsicótica similar para ambos medicamentos, pero destacan que la primera fue más efectiva en controlar los síntomas negativos, produciendo menor cantidad de efectos extrapiramidales y una elevación menor de la prolactina, características todas éstas favorables cuando se las compara con el haloperidol.

**Efectos adversos:** Las evaluaciones realizadas en tratamientos a más largo plazo sugieren que la olanzapina produciría una menor incidencia de disquinesia tardía (1%) que el haloperidol (5%) (17). Entre sus efectos secundarios más frecuentes encontramos mareos,

constipación, moderado incremento de peso corporal, acatisia, hipotensión ortostática y elevación de las transaminasas hepáticas (especialmente SGPT), generalmente transitoria. A diferencia de la clozapina, no se han registrado casos de agranulocitosis y parece producir una sialorrea y una sedación de menor magnitud (4, 17).

Se ha sugerido también que puede ser de utilidad en los tratamientos de trastornos depresivos psicóticos, debido a su aparente efecto beneficioso sobre la afectividad de los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, ciertos episodios de "activación" o "excitación" asociados con la olanzapina fueron descritos por Weiden y col., aunque no parecen ser preocupantes.

**Conclusión:** La olanzapina parece ser un antipsicótico eficaz con un favorable perfil de efectos adversos, situado entre la clozapina y los neurolépticos clásicos. Posiblemente se convierta en una de las opciones más interesante dentro de la nueva generación de moléculas atípicas.

#### Lo que vendrá: las nuevas moléculas

##### Sertindol

Esta nueva molécula posee una estructura química diferente de los antipsicóticos anteriores, aunque comparte con ellos varias de sus propiedades.

**Farmacocinética:** En su metabolización hepática utiliza la vía del citocromo P450 CYP 2D<sub>6</sub> y 3A<sub>4</sub>, lo que debe ser tenido en cuenta cuando se lo combina con medicamentos que

estimulen (como la carbamacepina) o inhiban (como la fluoxetina, la paroxetina) este paso enzimático (17).

**Farmacodinamia:** El sertindol posee acción bloqueante sobre los receptores 5HT<sub>2</sub>, los D<sub>2</sub>, y los  $\alpha_1$ , presentando una elevada relación 5HT<sub>2</sub>/D<sub>2</sub>, característica de este grupo de fármacos (14, 15). A pesar de su importante afinidad por los receptores D<sub>2</sub>, su efecto parece ser bastante atípico ya que, incluso en estudios controlados que utilizaron sertindol en altas dosis (20 mg/día), no se registraron manifestaciones extrapiramidales significativas, lo que contrasta notablemente con los efectos adversos registrados con 16 mg de haloperidol (17).

La eficacia del sertindol a estas dosis resultó evidente tanto para los síntomas positivos como para los negativos, demostrando, incluso, ser menos sedativo que otros compañeros del grupo atípico.

**Efectos adversos:** No existen evidencias de que puedan producir agranulocitosis, pero se han referido como efectos secundarios cierto aumento de peso y, en ocasiones, disminución del volumen eyaculatorio o congestión nasal, a pesar de lo cual el sertindol ha sido bien tolerado. En algunos pacientes su administración se ha asociado con la prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma, aunque sin implicancias clínicas. De todas maneras, como medida precautoria se sugiere realizar controles cardiológicos previos y durante el tratamiento con esta droga (17).

**Conclusión:** El sertindol parece ser un antipsicótico efectivo que posee un mecanismo de acción particular que merece mayor investigación (8). Cuando se lo administra gradualmente en dosis crecientes, evidencia mínimos efectos extrapiramidales.

##### Quetiapina

La quetiapina es uno de las más nuevas moléculas atípicas en desarrollo con el objetivo de obtener un perfil farmacológico similar a la clozapina, aunque sin sus importantes efectos adversos. En los primeros estudios realizados, la quetiapina aparenta ser un agente efectivo en el tratamiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, con una eficacia estadísticamente superior al placebo y comparable a la

## Para profesionales de la Medicina y la Salud

Profesor norteamericano, graduado de New York University

Cursos dinámicos y prácticos que lo capacitarán para interactuar directamente en inglés

CLASES INDIVIDUALES Y EN EQUIPO - CURSOS DURANTE TODO EL VERANO

Ideal como entrenamiento para congresos y programas de intercambio en países de habla inglesa

Videos - Casos prácticos - Simulación de Simposios

Informes: Sr. Brian Mc Kenna 743-4590

clorpromazina(3, 19). La dosis óptima sugerida por estos estudios es de 250 a 300 mg/día dividida en dos tomas diarias.

**Farmacocinética:** La quetiapina posee una buena absorción oral con una curva de biodisponibilidad lineal relacionada con la dosis administrada. Presenta una vida media de aproximadamente 6 hs., y luego de su metabolización hepática, es eliminada en un 73% por vía urinaria y en un 21% junto con las heces. El porcentaje restante es excretado por ambas vías sin sufrir cambios(3).

**Farmacodinamia:** Como otros compuestos atípicos, la quetiapina se une a los receptores 5HT<sub>2A</sub>, 5HT<sub>1A</sub>, a los D<sub>1</sub> y D<sub>2</sub> y a los  $\alpha_1$  y  $\alpha_2$ , presentando una elevada relación 5HT<sub>2</sub>/D<sub>2</sub>. Su afinidad por los receptores muscarínicos y por los  $\alpha_1$  es menor que la que presenta la clozapina, por lo que se podrían esperar menores efectos anticolinérgicos que los encontrados con su predecesora. Compartiría con ella su preferencia por los receptores dopamínicos del sistema límbico, en detrimento de los situados en los núcleos basales, produciendo mínimos efectos extrapiramidales. Tampoco parece inducir una elevación

significativa de los niveles plasmáticos de prolactina(3, 19).

**Efectos adversos:** Generalmente bien tolerada, como efectos más frecuentes la quetiapina presenta sedación (especialmente durante la fase temprana de incremento de la dosis), movilización transitoria de enzimas hepáticas, cierto incremento de peso corporal y diferentes manifestaciones anticolinérgicas. No existen evidencias de que pudiera producir agranulocitosis(3, 19).

**Conclusión:** Los estudios preclínicos sugieren que la quetiapina sería un antipsicótico eficaz con características atípicas en lo que respecta a su acción farmacológica y al perfil de efectos colaterales que presenta, por lo que podría convertirse en una alternativa a considerar en el tratamiento de las psicosis.

## Conclusiones

Las psicosis son enfermedades graves, de curso frecuentemente crónico y que probablemente impliquen que los pacientes deban recibir tratamiento durante un tiempo prolongado, por lo cual la elección del fármaco tiene capital

importancia. Los AA constituyen un avance muy importante para el tratamiento de estos trastornos y están especialmente indicados para los casos de esquizofrenia resistente, con predominio de síntomas negativos, con síndrome catatónico y/o presencia de síntomas adversos importantes con medicamentos tradicionales. Si bien es evidente que no son una panacea universal y están lejos de ser fármacos ideales, por sus ventajas comparativas y los menores riesgos a largo plazo, están siendo consideradas por muchos psiquiatras como fármacos de primera elección. Estas nuevas alternativas terapéuticas han sido desarrolladas con la esperanza de disminuir el impacto que tanto la enfermedad como el tratamiento evidencian sobre los pacientes, permitiéndoles una mejor calidad de vida y favoreciendo su reinserción familiar, escolar, laboral y social. Estos objetivos son elementos imprescindibles a tener en cuenta en cualquier tratamiento no sólo por el importante costo económico que representa sino fundamentalmente por las consecuencias personales que implica para el paciente y su familia ■

## Bibliografía

1. Bymaster, F., Hemrick Luecke, S., Perry, K., Fuller, R., Neurochemical evidence for antagonism by Olanzapine of dopamine, serotonin, Alpha1 adrenergic and muscarinic receptors in vivo in rats. *Psychopharmacology*, 124:87-94, 1996.
2. Casey, D., Extrapyramidal syndromes and new antipsychotic drugs: Findings in patients and non human primates models. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl.29):32-39, 1996.
3. Casey, D., Seroquel (Quetiapina): pre-clinical and clinical findings of a new atypical antipsychotic. *Exp. Opin. Invest. Drugs*, 5 (8): 939-957, 1996.
4. García Ribera, C., *Nuevos antipsicóticos atípicos*. Ed. Masson, Barcelona, 1996.
5. Gerlach, J., Casey, D., New antipsychotics: preclinical and clinical research. *Psychopharmacology*, 124:1, 1996.
6. Hurley, M., Stubbs, C., Jenner, P., Marsden, D., Effect of chronic treatment with typical and atypical neuroleptics on the expression of dopamine D2 and D3 receptors in rat brain. *Psychopharmacology* (1996) 128:362-370.
7. Jufe, G., Los nuevos antipsicóticos atípicos. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*, VIII:109-114, 1997.
8. Kaplan, H., Sadock, B., *Pocket handbook of psychiatry drug treatment*. 2ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
9. Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J., *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
10. Kapur, S., 5HT<sub>2</sub> antagonism and EPS benefits: is there a causal connection? *Psychopharmacology*, 124:35-39, 1996.
11. Kinon, B., Lieberman, J., Mechanism of action of atypical antipsychotic drugs: a critical analysis. *Psychopharmacology*, 124:2-36, 1996.
12. Marder, S., Clinical experience with risperidone. *J. Clin. Psychiatry*, sp. 9: 57-61, 1996.
13. Marder, S., Meibach, R., Risperidone in the treatment of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, (june 1994) 151, 6:825-835.
14. Meltzer, H., Preclinical pharmacology of atypical antipsychotic drugs: a selective review. *British Journal of Psychiatry*, 168, suppl. 29:23-31, 1996.
15. Moizeszowicz, J., *Psicofarmacología Psicodinámica III*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1996.
16. Nyberg, S., Nakashima, Y., Nordström, A., Halldin, C., Farde, L., Positron emission tomography of in vivo bindings characteristics of atypical antipsychotic drugs. *British Journal of Psychiatry*, 168, suppl.29:40-44, 1996.
17. Pies, R., *The four horsemen of the atypicals*. *Psychiatric Medicine*, in press, 1997.
18. Porter, J., Strong, S., Discriminative stimulus control with olanzapine: generalization to the atypical antipsychotic clozapine. *Psychopharmacology*, 128:216-219, 1996.
19. Saller, C.F., Salama, A., Seroquel: Biochemical profile of a potential atypical antipsychotic. *Psychopharmacology*, 112 (2-3):285-292, 1996.
20. Schotte, A., Janssen, P., Gommeren, W., Luyten, W., et al., Risperidone compared with new and reference antipsychotic drugs: in vitro receptor binding. *Psychopharmacology*, 124: 57-73, 1996.
21. Stockton, M., Rasmussen, K., Olanzapine, a novel atypical antipsychotic, reverses d amphetamine induced inhibition of midbrain dopamine cells. *Psychopharmacology*, 124:50-56, 1996.

# RISPERIDONA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO CRÓNICO

Grupo de Estudio con Risperidona\*\*  
Coordinador: Salvador González-Gutiérrez  
Clínica San Rafael, México, D.F., México

---

## Resumen

Se presentan los resultados de un estudio abierto, prospectivo y longitudinal en el que se incluyeron 170 pacientes de Colombia, Chile y México con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios de la CIE-10. Se indicó que los pacientes fueran tratados con risperidona durante 6 meses durante los que se valoró la incidencia de efectos adversos y la influencia del tratamiento sobre la Calidad de Vida de los pacientes mediante el registro del seguimiento a tiempo basal y al final del primero, tercero y sexto meses de iniciado el tratamiento. En estas visitas la clinimetría aplicada fue: para evaluar la Calidad de Vida con el uso de la Escala de Heinrichs (ECV) para la evolución del estado funcional la escala GAF para la evolución de la esquizofrenia la escala BPRS y la Impresión Global Clínica (CGI) y para la incidencia de efectos adversos una forma para registro de los mismos y la escala UKU. Además se obtuvieron datos sobre tratamientos concomitantes, cumplimiento del tratamiento, hospitalizaciones previas y durante el estudio, y la opinión global acerca del tratamiento. Participaron 54 Psiquiatras de los cuales 43 eran Mexicanos 10 Colombianos y uno Chileno. De los 170 pacientes reclutados 147 completaron los 6 meses de tratamiento y los 23 restantes se consideraron evaluables como intención de tratar. La evolución de los pacientes con respecto a la escala de Calidad de Vida fue de mejoría con significancia estadística ( $p=0.0001$ ) comparando las calificaciones basales contra las finales. Respecto a la evolución del funcionamiento de los pacientes con la escala GAF estos fueron calificados en la visita basal con un promedio de 45.83 puntos lo que significa impedimentos importantes para realizar algunas actividades y en la visita final el promedio fue de 71.18 puntos que implica algunas dificultades en el funcionamiento. Con respecto a la evolución de la esquizofrenia la escala BPRS tuvo un promedio en la basal de 30.68 puntos y al final de los 6 meses de 11.82 puntos ( $p=0.0001$ ). Esta misma mejoría se reflejó en la CGI. Durante el estudio en 17 pacientes se reportaron síntomas extrapiramidales; en 7 de estos sujetos ya estaban presentes al iniciar el estudio y persistieron durante el mismo; en 10 sujetos se presentaron durante el estudio y en 8 de éstos desaparecieron en el transcurso del mismo. Otra de las variables estudiadas fue el tiempo de hospitalización. A este respecto 64 de los 170 pacientes refirieron un promedio de 54 días de hospitalización los 6 meses previos al inicio del estudio; con el uso de risperidona y durante los 6 meses que duró el estudio el promedio de hospitalización en estos pacientes fue de 34 días lográndose una reducción de 38% del tiempo promedio. Por lo anterior se concluye que risperidona constituye una excelente elección en el tratamiento de estos pacientes.

**Palabras Clave:** Crisis – Desórdenes de la personalidad – Reacciones de ajuste

## RISPERIDONE: IMPACT IN THE QUALITY OF LIFE ON CHRONIC SCHIZOPHRENIA PATIENTS

### Summary

Results of a prospective longitudinal open trial with a total of 170 patients recruited in Colombia, Chile and Mexico with a diagnosis of schizophrenia meeting the CIE-10 criteria. Patients were treated with risperidone for 6 months where incidence of adverse effects and influence of treatment on Quality of Life of the patients were evaluated through the registry and follow up at basal visit and at the end of months 1, 3, 6 after start of treatment. During these visits the applied clinimetric was: to evaluate Quality of Life using Heinrichs Scale (QoLS) performance of functional mood GAF performance of schizophrenia BPRS Scale Clinical Global Impression (CGI) a record form for adverse events incidence and UKU scale. Also data was obtained on concomitant treatments compliance of treatment previous hospitalization and during the trial global opinion on the treatment. 54 Psychiatrists collaborated in the trial: 43 from Mexico 10 from Colombia and one from Chile. From the 170 patients 147 finished the six month treatment and the remaining 23 were considered evaluable on the basis of intent to treat. In reference to the Quality of Life Scale the patients showed improvement with statistical significance ( $p=0.0001$ ) comparing basal evaluations versus final ones. Reading functioning of patients on the GAF scale it was measured at basal visit with an average of 45.83 which means significant impairment to perform several activities and at final visit average was 71.18 which implies some difficulties for functioning. With reference to schizophrenia BPRS scale had a basal average of 30.68 and at the end of the six month treatment 11.82 ( $p=0.0001$ ). This same improvement was shown at CGI. During the trial 17 patients reported extrapyramidal symptoms; 7 of these patients had the symptoms present before starting the trial and persisted during the same. 10 patients presented the symptoms during the trial and in 8 of the 10 patients the symptoms disappeared during the trial. Another of the variables was time of hospitalization. 64 out of 170 had an average of 54 hospitalization days six months previous to the start of the trial with the use of risperidone and during the six month duration of the trial the average of hospitalization in this patients was of 34 days giving as a result a decrease of 38% of the average time. Based on these facts it is concluded that risperidone is an excellent choice in the treatment of these patients.

**Key Words:** Crisis – Personality disorders – Adjustment reactions

## Introducción

Durante los últimos años se ha propuesto medir variados aspectos del estado de salud, y no sólo los relacionados con un padecimiento como es el caso de la esquizofrenia. En consecuencia actualmente es necesario hablar de "Calidad de Vida" y con ello nos referimos al bienestar físico, social y mental del individuo, la percepción general de su estado de salud, la satisfacción, en general, con su vida y sus actividades y con la evolución de su enfermedad (2, 7, 14, 18)

El desarrollo histórico de la atención que se ha dado a los enfermos mentales, en particular a los que fueron o han sido diagnosticados con trastornos que ahora ubicaríamos conceptualmente como esquizofrénicos, nos permite aceptar que la Calidad de Vida que los rodeaba, incluso cuando estaban "hospitalizados", dejaba mucho que desear: los baños de agua fría, la sujeción, la custodia de tipo carcelaria, el uso de tratamientos físicos, las hospitalizaciones prolongadas, el abandono familiar, la marginación social y el mito de verlos y tratarlos como "locos", son algunos de los factores que han tomado en cuenta los profesionales de la salud mental para desarrollar programas de "atención integral" al enfermo esquizofrénico y su familia, programas que incluyen actividades para favorecer no

	Visita Basal	Visita 1 mes	Visita 3 meses	Visita 6 meses
Criterios Inclusión/exclusión	X			
Datos demográficos	X			
Antecedentes	X			
Escala de Heinrichs (ECV)	X	X	X	X
Impresión Clínica (CGI)	X	X	X	X
Escala BPRS	X	X	X	X
Escala GAF	X	X	X	X
Pauta inicial Risperidona	X			
Nueva dosificación Risperidona		X	X	X
Tratamiento concomitante	X	X	X	X
Cumplimiento		X	X	X
Efectos secundarios		X	X	X
Síntomas extrapiramidales (UKU)	X	X	X	X
Hospitalizado o ambulatorio	X	X	X	X
Tolerancia				X
Opinión global				X

sólo la reinserción social adecuada de estos pacientes sino también buscar el mejorar su Calidad de Vida (11, 15, 17).

Desde el punto de vista de la terapéutica farmacológica, durante más de 30 años el tratamiento de la esquizofrenia se ha apoyado fuertemente en el empleo de neurolépticos convencionales. Estos fármacos que son antagonistas potentes y específicos de los receptores 2 de dopamina, son efectivos contra síntomas positivos y han mejorado considerablemente la vida de muchos miles de pacientes, pero tienen dos fuertes inconvenientes: son relativamente ineficaces contra los síntomas negativos y con frecuencia inducen un alto porcentaje de síntomas extrapiramidales. Lo anterior tiene una gran significancia clínica y económica: los síntomas negativos están asociados con largos períodos de hospitalización y los síntomas extrapiramidales reducen la Calidad de Vida de los pacientes llevando a un incumplimiento del tratamiento y a un gran riesgo de recaídas. Como consecuencia, y en términos de Salud Pública, se considera que la esquizofrenia es un padecimiento cuyo costo de tratamiento es caro, debido a que si bien se calcula que la padece el 1% de la población, estos

pacientes ocupan un porcentaje alto (10-25%) del total de días/cama-hospital(9).

Por lo anterior, es deseable el empleo de un medicamento con propiedades para antagonizar no sólo receptores 2 de dopamina sino también 2 de serotonina como risperidona(1, 5, 16), que frente a los otros fármacos usados anteriormente en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, muestra evidencias de una posible capacidad de influir positivamente en su Calidad de Vida. Esto es debido no sólo a su cinética —que lo hace apto para ser prescrito con pautas simples y cómodas— sino también por su baja incidencia en la producción de síntomas extrapiramidales en comparación a los que producen los neurolépticos convencionales. Por otro lado, existen indicios de que el tratamiento con risperidona conlleva la disminución en el número de días de estancia hospitalaria respecto a los tratamientos clásicos (5, 8).

El objetivo de este estudio fue el de realizar el seguimiento de los pacientes tratados con risperidona durante 6 meses y valorar tanto la incidencia de efectos adversos como la influencia del tratamiento sobre la Calidad de Vida de estos pacientes.

### \*\* Grupo de Estudio con Risperidona

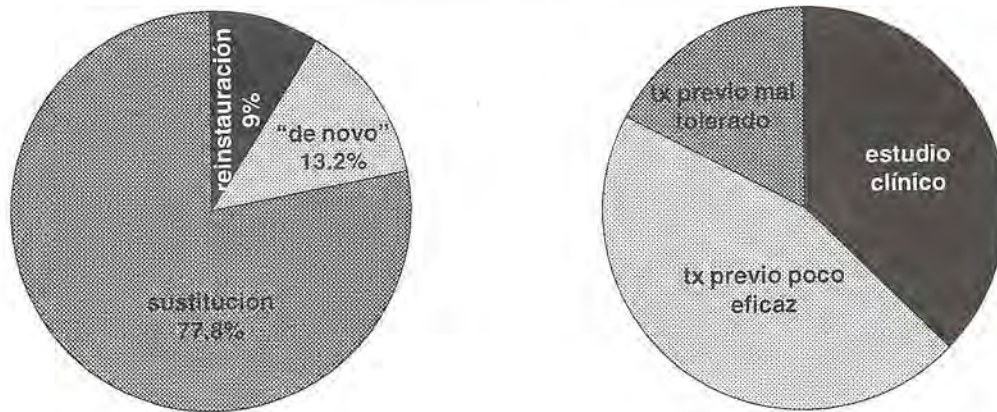
Agradecemos la participación de los siguientes Médicos Psiquiatras:

**Colombia:** Jaime Adams, Adolfo Ahumada, Carlos Arteaga, Rodrigo Córdoba, Patricio García, César González, Jaime Ospina, Felipe Quiroga, Javier Rojas, Jaime Vengoechea.

**Chile:** Claude Leclere.

**México:** Alberto Arroyo, Javier Arteaga, César Avalos, Fernando Buendía, Antonio Celis, Gustavo Cuellar, Enrique Chávez, Roberto Escandón, Hermilo Fernández, Martha Fierro, Rogelio Gallegos, Rafael Galindo, Teresa García, Agustín Guerrero, Manuel Huerta, Gustavo Marín, Julián Rafael Mayer, Tito Félix, Juan Héctor Ortega, Carlos Jorge Pérez, José Luis Pérez, Héctor Pinedo, Héctor Rivas, José Antonio Robles, Héctor Rocha, Héctor Rodríguez, Juno Romero, Roger Sáenz, Virgilio Sánchez, Fernando Sánchez, Luis Xavier Sandoval, Sergio Sarmiento, Luis Enrique Sosa, Carlos Tapia, Ma. Magdalena Tapia, Guillermo Tapia, Manuel Trava, Patricia Trujillo, Ma Teresa Valles, Luis Adolfo Vargas, Ismael Vázquez, Manuel Vázquez, Roberto Zepeda.

**Figura 1**  
**Modalidad de tratamiento**



**Material y Método**

Se diseñó un estudio multicéntrico, prospectivo, abierto y longitudinal, en el que participaron psiquiatras de Colombia, Chile y México, reclutando pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios de la CIE-10(6); se excluyeron pacientes embaraza-

das o en período de lactancia, con otras enfermedades mentales graves distintas a la esquizofrenia, con enfermedades neurológicas, con otras enfermedades concomitantes graves que a juicio del investigador (psiquiatra) desaconsejaran su inclusión en el estudio o pudieran interferir con los parámetros en investigación y también

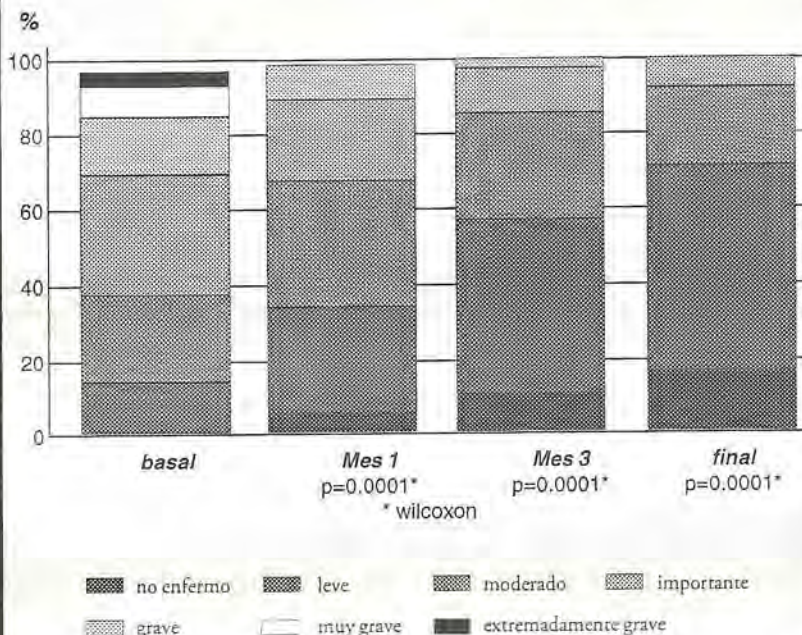
pacientes tratados recientemente con risperidona.

Se calculó un tamaño de muestra de 170 sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se planeó que en los pacientes reclutados y clasificados como *de novo* el tratamiento con risperidona se iniciara inmediatamente y que en los pacientes con tratamiento previo a ser sustituido, se siguiera la siguiente pauta:

- en pacientes tratados con neurolepticos de depósito, iniciar con risperidona una o dos semanas antes de la fecha en que debería inyectarse la dosis siguiente del neuroleptico depot.
- en pacientes con tratamiento previo con haloperidol o pimozide, éste se mantuvo hasta haber alcanzado la dosis de 6 mg/día de risperidona. En ese momento se disminuyó gradualmente la dosis del antipsicótico anterior hasta retirarlo en un plazo de 2 ó 3 días.
- en el caso de tratamiento previo con tioridazina o levomepromazina se disminuyó progresivamente la dosis de estos fármacos para retirarlos totalmente en una semana, iniciando el tratamiento con risperidona a dosis crecientes.
- en el caso de tratamiento previo con clozapina, se disminuyó la dosis de este fármaco gradualmente durante 14 días introduciéndose risperidona a partir del día 8.

**Figura 2**  
**Estado de la esquizofrenia (Escala CGI)**



Se indicó iniciar con risperidona a dosis de 1 mg dos veces al día el primer día, 2 mg dos veces por día el segundo día, y 3 mg dos veces al día el tercero hasta completar al menos dos semanas, después de las cuales podría aumentarse o disminuirse la dosis de acuerdo a la respuesta del paciente. En todos los casos, a los pacientes bajo tratamiento con antiparkinsonianos, se les mantuvo este tratamiento después de iniciar el estudio por al menos dos semanas, al final de las cuales el investigador valoró su retiro o mantenimiento.

Se indicó que los pacientes fueran tratados con risperidona durante 6 meses, tiempo en el que el psiquiatra tenía la libertad de concertar visitas de seguimiento con la periodicidad que estimase oportuna, pero para fines del estudio debían registrarse visitas a tiempo basal y al final del primero, tercero y sexto meses de iniciado el tratamiento con un margen de + 1 semana para los dos controles iniciales y de + 2 semanas para el control final. En caso de interrupción anticipada, se consignó el motivo de la misma.

Las evaluaciones que se hicieron en las visitas, se informan en la Tabla I.

Se establecieron los siguientes criterios de interrupción prematura del estudio:

a. Ineficacia terapéutica, a juicio del investigador.

b. Intolerancia a risperidona determinada por la presencia de efectos adversos serios asociados con su administración.

c. Cualquier motivo que implicara la necesidad de suspender la medicación.

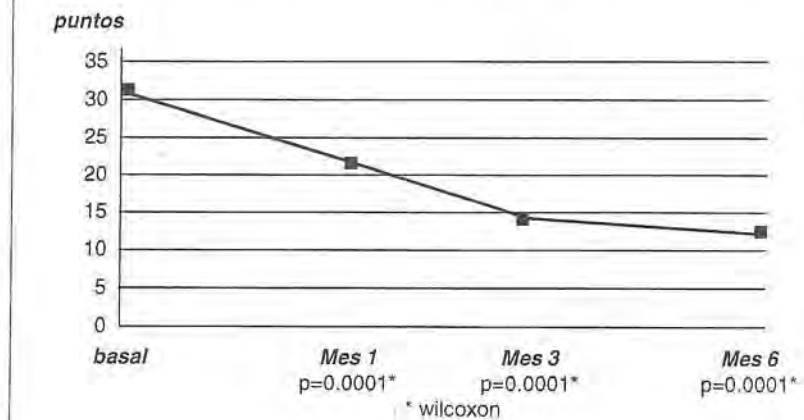
d. Embarazo o cualquier otra violación a los criterios de exclusión.

Las pérdidas de seguimiento antes del primer mes se consideraron no valorables bajo ninguna circunstancia a excepción de que se justificase por causas relacionadas con el estudio (p. ej. intolerancia o empeoramiento clínico).

Se registraron las enfermedades y medicamentos concomitantes durante el estudio. No se permitió el uso de otros neurolépticos.

En la visita basal se realizó una historia psiquiátrica que contempló el registro de los tratamientos anteriores y su resultado, así como el tiempo que cada sujeto requirió hospitalización durante el año anterior.

**Figura 3**  
Evolución de la BPRS



Para la evaluación del efecto de risperidona sobre la Calidad de Vida de los pacientes, se aplicó la Escala de Calidad de Vida (ECV)(12) desarrollada en el Centro de Investigación Psiquiátrico de Maryland por los Dres. Heinrichs, Carpenter y Hanlon, la cual consta de 21 ítems que evalúan la función –al momento de la aplicación de la escala– de los enfermos esquizofrénicos no hospitalizados, con independencia de la presencia o de la ausencia de síntomas psicóticos floridos o de la necesidad de hospitalización. La ECV aporta información sobre los síntomas y la función en las 4 semanas precedentes. Cada ítem es valorado en

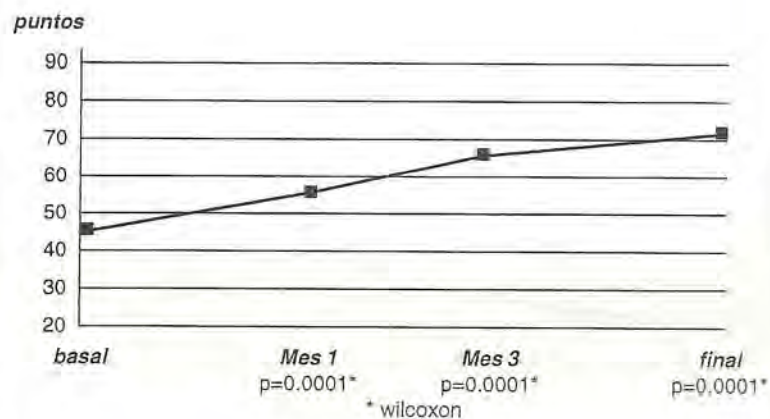
una escala de 7 puntos; las puntuaciones más altas (5 y 6) reflejan una función normal o no alterada y las más bajas (0 y 1) indican una afectación grave de la función examinada. El puntaje máximo de la escala y que indica una función normal es de 135.

Los ítems de la escala se pueden agrupar en 4 categorías:

a. *Fundamentos intrapsíquicos* (ítems 13 a 17 y 20 y 21), que permite establecer un juicio clínico acerca de los elementos intrapsíquicos correspondientes a las dimensiones de cognición, conciencia y efectividad. El puntaje máximo es de 42.

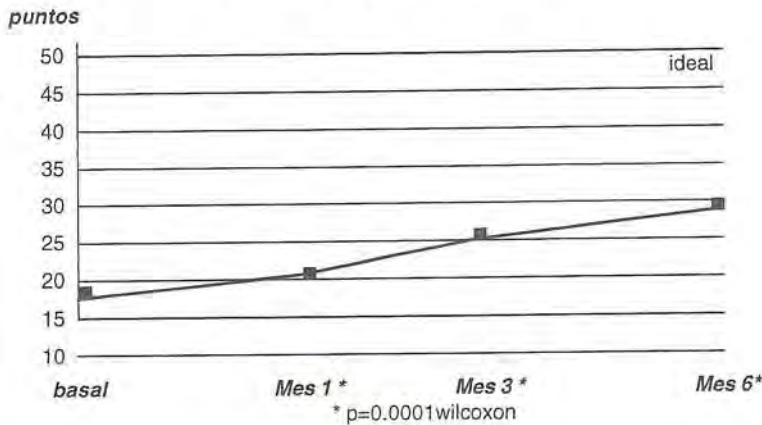
b. *Relaciones interpersonales con un puntaje máximo de 49* (ítems 1 a

**Figura 4**  
Evolución de la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF)

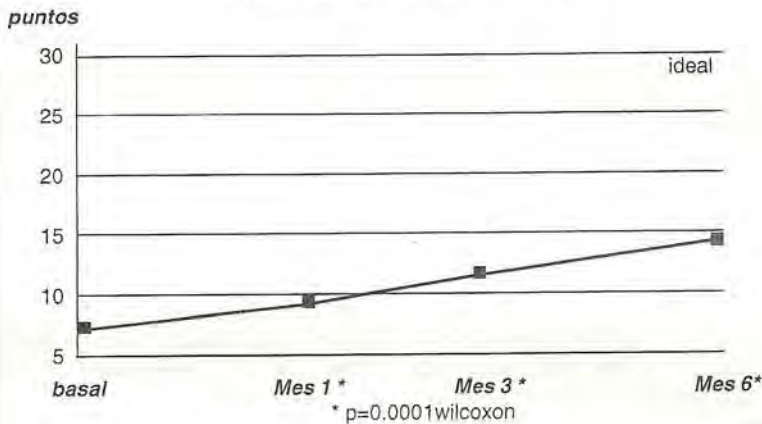




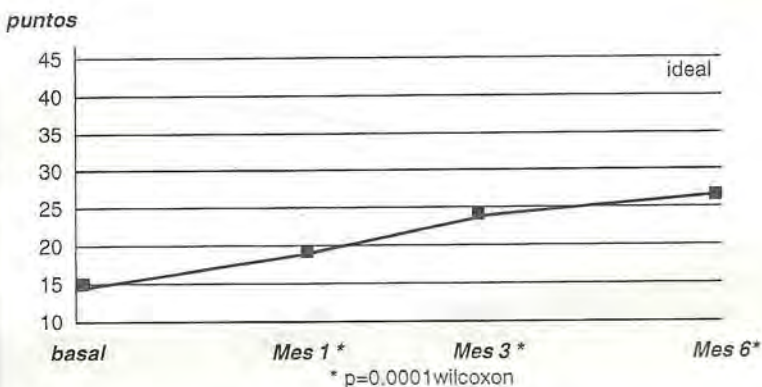
**Figura 5**  
Evolución relaciones interpersonales  
(Escala de Calidad de Vida)



**Figura 6**  
Evolución de satisfacción con actividades  
(Escala de Calidad de Vida)



**Figura 7**  
Evolución funciones intrapsíquicas  
(Escala de Calidad de Vida)



8) que es aquella donde se relacionan los distintos aspectos de la experiencia interpersonal y social.

c. *Rol instrumental* (ítems 9 a 12) con un puntaje máximo de 27, se basa en el rol como trabajador, estudiante o ama de casa.

d. *Objetos y actividades comunes* (ítems 18 y 19), se basa en la hipótesis de que una participación activa en la comunidad se traduce en la posesión de objetos comunes y en la realización de determinadas actividades regulares. En esta categoría el puntaje máximo es de 12.

Se evaluó el estado de la esquizofrenia en cada visita (impresión global clínica), clasificando a los sujetos en una escala desde no enfermos hasta extremadamente graves. También se utilizó para este fin la "Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica" (BPRS).

Para conocer el grado de capacidad o incapacidad de los sujetos en relación a su funcionamiento social, laboral o escolar, se utilizó la "Escala GAF"(10) cuya calificación mínima es de un punto y equivale a la incapacidad persistente del sujeto para mantener una higiene personal mínima y, la calificación máxima es de 90 puntos que implica un buen funcionamiento en todas las áreas y sin más problemas o preocupaciones que las cotidianas. En cada visita el investigador evaluó el grado de funcionamiento de cada paciente de acuerdo al último mes. No se incluyeron incapacidades por limitaciones físicas o ambientales. El parkinsonismo se evaluó mediante el uso de la subescala UKU (13).

Se contempló el registro de otro tipo de efectos adversos durante el estudio.

### Resultados

En el estudio participaron 54 psiquiatras de los cuales 43 eran Mexicanos, 10 Colombianos y uno Chileno. Se reclutaron y fueron evaluables 170 sujetos, de los cuales 147 completaron los 6 meses de tratamiento y los 23 restantes se consideraron evaluables como intención de tratar; estos sujetos no se presentaron a la visita de evaluación al final del tercer mes de tratamiento y los médicos psiquiatras consideraron que en 11 de ellos fue por pérdida de seguimiento, en un caso por falta de colaboración del sujeto, en

dos por intolerancia, en 5 por ausencia de respuesta clínica y en otros 4 no se especificó la causa. Del total de sujetos (170), 96 fueron de origen mexicano, 70 colombianos y 4 chilenos. Para todo el grupo el promedio de edad fue de 34 años (límites: 14-70); hubo 102 sujetos del sexo masculino. De acuerdo con la clasificación del ICD-10, 61% de los pacientes se clasificaron con esquizofrenia paranoide, 16% con indiferenciada, 10% residual, 6% hebefrénica, 5% simple y el 2% restante, otros subtipos. En el 26% de los sujetos la evolución de la esquizofrenia hasta el momento del reclutamiento era episódica con defecto estable, en 18% episódica con defecto progresivo, en 17% continua, en otro 17% con remisión incompleta, en 8.5% otras formas de evolución y en 13.5% de los pacientes no se consignaron datos sobre la evolución.

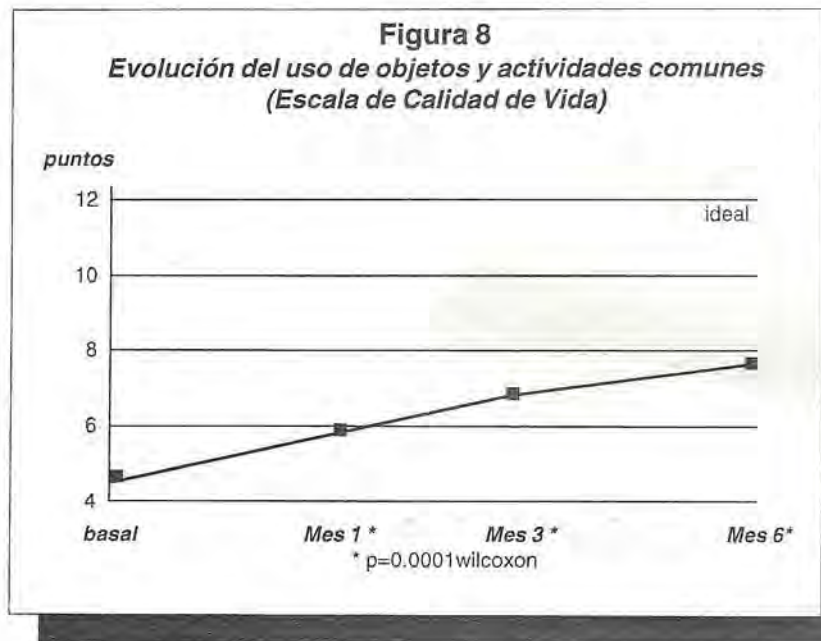
Respecto a su situación económica, 74% estaban a cargo de su familia, 22% se declararon con independencia económica y 4% a cargo de instituciones benéficas. De acuerdo con su nivel cultural, 39% de los pacientes refirieron estudios superiores, 34% nivel de secundaria, 24% de primaria y 3% sin estudios.

Al reclutamiento 14.6% estaban hospitalizados y el resto era ambulatorio, viviendo en su mayoría en vivienda familiar, sólo 5 pacientes vivían solos.

Antes de iniciar el tratamiento con risperidona, 22 sujetos se clasificaron como *de novo* o no tratados con anterioridad con algún neuroleptico; de los 148 restantes sólo en 139 se especificó (ver Figura 1), el tipo de tratamiento que habían recibido o estaban recibiendo. De estos 148 sujetos, 15 estaban sin tratamiento al momento del reclutamiento (reinstauración), a 49 se les sustituyó el neuroleptico que estaban usando por risperidona (estudio clínico), a 22 se les cambió a risperidona por tratamiento previo mal tolerado, a 59 por tratamiento previo poco eficaz y a los 3 restantes por otras causas.

En la visita basal, 86 sujetos (51%) tomaban medicamentos antiparkinsonianos tipo biperiden (55 sujetos) y akineton (23 sujetos) principalmente.

La evaluación del estado de la esquizofrenia mediante la Escala CGI, se aprecia en la Figura 2, en la que



observamos que al final del primer mes de tratamiento, 70% de los sujetos se calificaron con un estado de la esquizofrenia no enfermo, leve o moderado; este porcentaje se incrementa hasta un 85% al final del tercer mes y al final de los 6 meses es de un 90%, y si a este porcentaje le quitamos el rubro de moderado, los sujetos calificados como no enfermos o con un estado leve significan un

70%. La mejoría desde el primer mes, tiene una significancia estadística ( $p=0.001$  contra la basal).

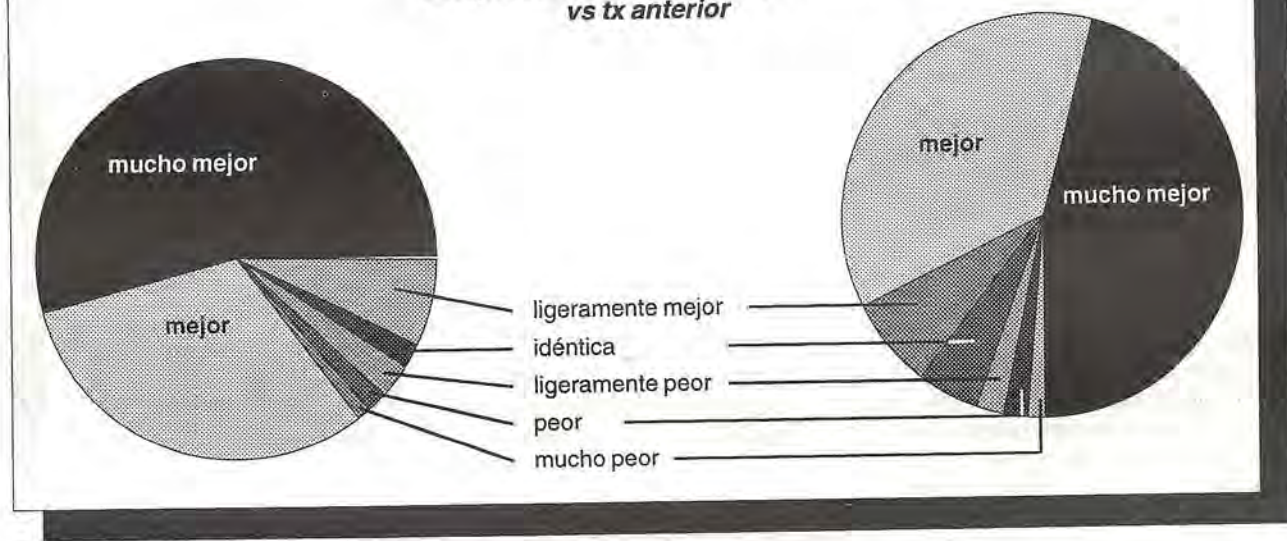
Respecto a la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), la calificación al reclutamiento (basal) tuvo un promedio de 30.68 puntos (límites: 7-62) y evolucionó hacia la mejoría desde el final del primer mes de tratamiento, con un promedio de 21.72 (límites: 0-51) y

**Tabla 2**  
**Evolución de los síntomas extrapiramidales**

	Basal %	Mes 1 %	Mes 3 %	Final %
	No/Sí	No/Sí	No/Sí	No/Sí
Distonía	78/22	87/13 $p=0.0002^*$	94/6 $p=0.0001^*$	92/8 $p=0.0003^*$
Rigidez	62/38	74/26 $p=0.0002^*$	86/14 $p=0.0001^*$	88/12 $p=0.0001^*$
Hipo/acinesia	73/27	80/20 $p=0.0346^*$	86/14 $p=0.0006^*$	86/14 $p=0.0035^*$
Hipercinesia	86/14	89/11 $p=0.1336^*$	91/9 $p=0.0176^*$	89/11 $p=0.1347^*$
Temblor	57/43	69/31 $p=0.0009^*$	79/21 $p=0.0001^*$	78/22 $p=0.0001^*$
Acatisia	66/34 $p=0.0001^*$	86/14 $p=0.0001^*$	85/15 $p=0.0001^*$	85/15 $p=0.0001^*$

\*Wilcoxon. Comparación vs la basal

**Figura 9**  
**Comparación del tx con Risperidone vs tx anterior**



hacia el final del tercero y sexto meses con promedio de 14.50 (límites: 0-53) y de 11.82 (límites: 0-45), respectivamente (ver figura 3).

Respecto a la evolución del funcionamiento social, laboral o escolar de los pacientes, estos fueron calificados mediante la escala GAF en la visita basal, con un promedio de 45.83 puntos (límites: 2-85), que implica impedimentos importantes para realizar algunas actividades. Al final del primer mes esta calificación mejoró y el promedio fue de 55.90 (límites 10-90) que se traduce en dificultades moderadas para sus actividades; al final del tercer mes el promedio de la evaluación fue de 65.52 (límites 25-60) que significa algunas dificultades en el funcionamiento. Al final de los seis meses de tratamiento con risperidona el promedio fue de 71.18 puntos (límites 25-95).

La evaluación de la Calidad de Vida de los participantes se muestra en las figuras 5 a 8 de acuerdo a las cuatro categorías que maneja esta escala.

En la categoría de relaciones interpersonales, el promedio de puntos al inicio del tratamiento fue de 15.04 (límites: 0-40) y al final del mismo de 28.43 (límites: 3-48). La diferencia es significativa ( $p=0.0001$ ) (figura 5).

En la figura 6 se muestra la evolución hacia la mejoría desde la situación basal hasta el final del tratamiento, de la categoría de satisfacción con actividades ( $p=0.0001$ ).

La evolución de las funciones intrapsíquicas fue también hacia la

mejoría, la calificación promedio al reclutamiento fue de 14.12 (límites: 0-36), de 18.76 (límites: 0-42) al final del primer mes, de 23.11 (límites 1-42) al final del tercer mes, y de 25.92 (límites: 6-42) al final del tratamiento. Se estableció una diferencia estadísticamente significativa en todas las evaluaciones comparadas contra la basal ( $p=0.0001$ ).

En las calificaciones para la categoría del uso de objetos y actividades comunes, también se aprecia una importante mejoría desde la situación basal hasta el final del tratamiento (figura 8), estableciéndose una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.0001$ ).

El puntaje total de la Escala de Calidad de Vida fue de 40.47 (límites: 0-101) en la visita basal, de 53.61 (límites: 3-132) en la visita al final del primer mes, de 66.86 (límites: 3-132) al final del tercer mes y de 75.34 (límites 18-129) al final del tratamiento.

En la visita de reclutamiento 22% de los pacientes tenían distonía, 38% rigidez, 27% hipo-acinesia, 14% hipercinesia, 43% temblor y 34% acatisia. Al final del tratamiento de seis meses estos porcentajes se redujeron drásticamente tal como se aprecia en la tabla 2.

Durante el estudio -y están incluidos en el reporte de esta tabla 2- en 17 pacientes se reportaron síntomas extrapiramidales; en 7 de estos sujetos ya estaban presentes al iniciar el estudio y persistieron durante el mismo; en 10 sujetos se presentaron durante el estudio y en

8 de éstos desaparecieron en el transcurso del mismo; sólo en dos sujetos persistieron hasta el final del tratamiento.

Otros efectos reportados fueron trastornos del sueño en 7 pacientes, ansiedad en 3, aumento de peso en 2, mareo en 2, y 8 pacientes reportaron uno de los siguientes síntomas: urticaria generalizada, disfunción sexual, sedación, recaída de síntomas, embotamiento, opresión del pecho, hipotensión postural y diarrea. En todos los casos el efecto se resolvió en forma definitiva y no obligó al paciente a retirarse del estudio.

Otra de las variables estudiadas fue el tiempo de hospitalización. A este respecto, 64 de los 170 pacientes refirieron un promedio de 54 días de hospitalización los 6 meses previos al inicio del estudio; con el uso de risperidona y durante los 6 meses que duró el estudio, el promedio de hospitalización en estos pacientes fue de 34 días, lográndose una reducción de 38% del tiempo promedio.

Por último, en la figura 9 se aprecia la evaluación del investigador y del paciente de la eficacia del tratamiento con risperidona, comparada contra la del tratamiento anterior.

### Discusión y Conclusiones

Por todos los psiquiatras es conocido que a partir de la década de los sesenta se ha generado un proceso de cambio en el trato y trata-

miento hacia estos enfermos, especialmente apoyado por los grandes avances que emergen de la investigación psicofarmacológica; sin duda el descubrimiento de nuevas moléculas como risperidona, permite que, cada vez más, los enfermos esquizofrénicos sean tratados en servicios externos de hospitales generales y centros de salud, sin separarlos de su familia y su medio social, pero también se ha visto que favorecen en aquellos que ameritan hospitalización, que éstas sean de corta duración.

Los logros que a través de psicofármacos modernos, como risperidona, favorecen la restitución parcial del juicio de realidad de la conciencia de enfermedad y especialmente el control de los síntomas negativos, permiten que se logre una mayor aceptación del paciente hacia su tratamiento, una mejor relación interpersonal –particularmente en la familia– y un nivel mayor de actividades sociales hacia el exterior del núcleo familiar, apre-

ciándose una mayor actividad y un mejor desarrollo en diversas áreas culturales y ocupacionales.

Un núcleo fundamental del proceso de rehabilitación del enfermo esquizofrénico es sin duda la familia, con cuyos integrantes debe compartirse la responsabilidad del manejo integral del paciente. Existen en la actualidad técnicas clínicas que permiten evaluar con mayor claridad la evolución que tienen estos pacientes, especialmente en lo que respecta a medición de Calidad de Vida. Esto se confirma con los resultados –que ya se han expuesto– generados por este estudio multicéntrico internacional. Fue notable la mejoría clínica de la esquizofrenia, evaluada a través de la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), la escala de Evaluación Global Clínica (CGI) y en general por la evaluación clínica por parte de los investigadores; esto coincide con la mejoría en la Calidad de Vida observada a través de los resultados encontrados en la

Escala de Evaluación Global del funcionamiento (GAF) y la escala de Calidad de Vida de Heinrichs, en la que observamos la evolución que se dio en los seis meses de duración del estudio en las relaciones interpersonales, en la propia satisfacción del paciente, en la adecuada aplicación del uso de objetos de actividades comunes y en la utilización de sus funciones intrapsíquicas. Otro punto que llama la atención del estudio, es el tiempo promedio de hospitalización de los enfermos, que se redujo en un 38% con la utilización de risperidona. A este respecto se tiene la referencia del estudio canadiense en el que se menciona una reducción del 20%(1).

No se puede negar que en la antesala del siglo XXI la triada que forman los psiquiatras bien preparados, los familiares bien orientados y los psicofármacos modernos, es la que asegura estilos y formas de mejor Calidad de Vida para los enfermos esquizofrénicos ■

## Referencias Bibliográficas

- Addington D. E., Jones B., Bloom D. et al., Reduction of Hospital days in chronic schizophrenic patients treated with risperidone: A retrospective study. *Clin. Ther.* 1993; 15 (5): 917-926.
- Awad A. G., Hogan T. P., Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 1994; 380:27-32.
- Bech P., Kasrup M., y Rafaelsen O. J., Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania and schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr. Scand.* 1986; 326 (suppl 1):7-37.
- Borison R. L. et al., Risperidone: clinical safety and efficacy in schizophrenia. *Psychopharm. Bull.* 1992; 28:213-218.
- Chouinard G. et al., A Canadian multi-center placebo-controlled study of fixed doses of risperidone and haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic patients. *J. Clin. Psychopharm.* 1993;13(1): 25-38.
- CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Meditor.* Madrid, 1994.
- Corten P, Mercier C, Pelc-I. "Subjective quality of life": clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol* 1994 Jul; 29(4): 178-183.
- Davies L. M., Drummond M. F., Assessment of costs and benefits of drug therapy for treatment-resistant schizophrenia in the United Kingdom. *Bri. J. Psy.* 1993; 162:38-42.
- Davies L. M., Drummond M. F., The economic burden of schizophrenia. *Psy. Bull.* 1990; 14: 522-525.
- Escala GAF.
- Guyatt G. H., Van Zanten S. J. O. V., Feeny D., Patrick D. L., Measuring Quality of Life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can. Med. Assoc. J.* 1989 40: 1441-1448.
- Heinrichs D. W., Hanlon T. E. and Carpenter W.T., The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10 (3): 388-396.
- Lingjaerde O. et al., The UKU side-effects rating scale. Scale for the registration of unwanted effects of psychotropics. *Scandinavian Society for Psychopharmacology Committee of Clinical Investigations.* 1986.
- Morcillo L, Barcia D., Borgonos E., Schizophrenia: quality of life and years of evolution. *Actas-Luso-Esp-Neurol-Psiquiatr-Cienc-Afines.* 1995 Nov-Dec; 23(6): 293-298.
- Postrado L. T., Lehman A. F., Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 1995 Nov; 46 (11):1161-5.
- Remington G., Clinical considerations in the use of risperidone. *Can. J. Psychiatry,* 1993; 38 (suppl 3): S96-S100.
- Sainfort F., Becker M., Diamond R., Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patients self-report versus provider perspectives. *Am. J. Psychiatry* 1996 Apr; 153 (4): 497-502. 18. Strom B. L., De. Pharmacoeconomics. New York, Churchill Livingstone, 1989.

# FENOMENOS TRANSFERENCIALES EN EL PACIENTE AGONICO

Olga Aída Guinsburg

Médica Psicoanalista. Miembro Titular de la Asoc. Psicoanalítica de Bs. As. Médica Psiquiatra del Servicio de Psicopatología del Hosp.-Sanatorio Dr. Julio Méndez, Bs. As. Miembro de la Fundación Alfredo Thomson para el estudio de las Neurociencias, Bs. As. Callao 2050, P. B. "A". Tel.: 815-2339/804-9199, Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

La muerte es la frustración máxima y última del ser humano. ¿Habría una frustración mayor en la tarea de un analista que trabajar teniendo presente día a día que la cura del paciente tiene a la muerte como punto final?

Bion situó el dilema fundamental de la psique en la alternativa de huir de la frustración por vaciamiento o tolerarla elaborándola por medio del pensar(4).

Nos ocuparemos aquí de la clínica propia al tramo final del proceso analítico de pacientes con enfermedad orgánica grave (cáncer), tratando de pensar en un marco teórico que sustente una transferencia y una contratransferencia particu-

lares: las de un tratamiento psicoanalítico cuya finalización no es un alta, sino que exige la integración de la muerte real en el proceso(53).

¿Qué esperan esos pacientes del análisis? La situación analítica conforma básicamente un binomio, y estos analizando buscan en su par mortal (el analista) la continencia adecuada para pensar en su vida (recordando y soñando), en su presente que es una enfermedad, en su futuro inmediato (su desaparición) y en el mayor de los duelos, la pérdida de la vida misma(1, 30).

Es en esta transferencia agónica, con analizando que tienen íntegra su capacidad de pensar, donde pueden condensarse los productos que sus mentes generan: recuerdos, emociones, ansiedades, angus-

tias, defensas y sueños, e interpretarse hasta el último momento de sus vidas(33, 43).

La transferencia sería, así, el lugar donde más reluce su dolor mental, por la partida del mundo real externo y por su propia e inevitable destrucción(16, 17).

Nos referiremos a tres pacientes, dos fallecidas y la última en tratamiento, que desarrollaron una típica transferencia neurótica. Resumiremos material clínico proveniente de sesiones reconstruidas; a veces hemos condensado el material de dos sesiones, con el fin de no extenderme demasiado y expresar nuestro objetivo básico: la descripción del desarrollo transferencial y la forma en que se configura en el seno de ese particular momento del proceso la vivencia de la máxima angustia(10).

¿Que le espera al paciente? Lo siniestro, lo desconocido, la caída al vacío, la aniquilación. La vida y el proceso analítico tienen su fin en el mismo momento.

¿Qué le espera al analista? La pérdida total del objeto de su tarea, la renuncia a verificar los cambios psíquicos y los progresos de su paciente, la soledad de una ausencia, una profunda herida narcisística, un final de tratamiento sin ilusiones ni metas(25). Frente a la muerte como punto final de la cura, estática e irreversible, la omnipotencia se estrella(27, 30, 53).

Como en toda pérdida, la vida reclama una reparación. Comprender y teorizar estos elementos dan lugar a ese desenlace de la posición depresiva que entraña el duelo por la pérdida de la vida del paciente. En esta comprensión se integran las tres dimensiones temporales que incluyen una vida: pasado, presente y futuro, las tres estasis del tiempo de Heidegger.

## Resumen

Se expone material teórico clínico proveniente de pacientes que, cursando un proceso psicoanalítico con transferencia neurótica, desarrollaron una enfermedad orgánica que los llevó a morir. Esto origina un momento de cesura, del cual se ocupa este trabajo. Se advierte en el eje transferencia-contratransferencia que la lectura de esta última se impone rigurosamente y exige, por parte del analista una maduración yoica apropiada que implica la aceptación de su propia muerte y la constante identificación con los aspectos agónicos del paciente terminal. A pesar de que Freud siempre pensó que la enfermedad orgánica resultaría un impedimento para el desarrollo de la transferencia ya que la retirada de la libido haría imposible el proceso psicoanalítico, los desarrollos kleinianos y pos-kleinianos brindan el sustento teórico óptimo para abordar a estos enfermos desde las bases fundamentales del psicoanálisis en un momento tan difícil y especial como es el duelo por la propia vida.

Palabras Clave: Doctrina psicoanalítica - Paciente orgánico terminal - Transferencia-Contratransferencia.

## TRANSFERENTIAL FACTS IN THE TERMINAL PATIENT

### Summary

I am hereby presenting theoretical-clinical material derived from patients who in the course of a psychoanalytical process involving neurotic transference developed an organic disease that led to their demise. This situation originates a moment of caesura, which I address herein. It is worth noticing that in the transference-countertransference axis, the reading of the countertransference is definitely preponderant, and thus it demands from the analyst an appropriate ego maturation implying the acceptance of his/her own death, and the constant identification with the agony related aspects of the terminal patient. Although Freud always thought that organic diseases would be an obstacle for the development of transference, since the withdrawal of the libido would render the psychoanalytical process impossible, the Kleinian and post-Kleinian developments furnish me with the optimum theoretical support to approach these patients from the fundamental bases of psychoanalysis at such a difficult and special time as that of one's mourning over one's own death.

Key Words: Psychoanalytical doctrine - Organic terminal patient - Transference-Countertransference.

## Hipótesis psicoanalítica

Nuestra intención es mostrar en el material clínico la evolución de cómo los elementos fundamentales de la doctrina psicoanalítica son lo suficientemente válidos para ayudar al paciente en el período previo a su muerte. Desde ya, esto necesitará de una adecuación técnica especial por parte del analista, que incluye, en primer lugar, la constante revisión de la contratransferencia por el impacto que recibe sobre sus propios duelos, en segundo lugar una maduración yoica suficiente que implica aceptar la propia muerte, y en tercer lugar el hecho de que se le impone trabajar dentro de un marco que no siempre es el del *setting* convencional (15, 24, 31, 53).

Quiero recordar que no es frecuente en nuestra práctica como analistas, vernos con los fenómenos psíquicos previos al acto de morir. Con lo que sí nos encontramos es con dos situaciones accesibles a ser modificadas por nosotros: una es el problema del instinto de muerte y sus derivados y otra es la tanatofobia como síntoma (53).

Integrar, comprender, soñar, recordar, asociar son patrimonio del pensamiento. Mientras exista pensamiento (ésta es mi hipótesis) *aunque la enfermedad orgánica despoje al paciente de su vida biológicamente activa, el analista dispondrá de los nobles elementos que le brinda la doctrina psicoanalítica (con sus diferentes caminos teóricos) para contenerlo y ayudarlo a pensar en sí mismo* (32).

Relevantes pensadores del psicoanálisis contemporáneo subrayan el hecho de que el psicoanálisis, a partir de Freud, exigía reflexiones, nuevas aperturas a la técnica y a la teoría que harían de él una disciplina vital (25). Afortunadamente eso sucedió, y fue así como pensando en los conceptos freudianos, kleinianos y post-kleinianos pude enmarcar el proceso psicoanalítico de estos pacientes que, en el primer cuarto de este siglo, no se hubiesen tratado<sup>1</sup> (10, 11, 25, 43, 50, 51, 52).

### ¿Qué pensó Freud acerca de la muerte y de los pacientes con enfermedades orgánicas?

En 1915 dice... "la muerte propia es inimaginable, en nuestro inconsciente no existe representación al-

guna de ella. El hombre no puede saber qué es la muerte ni consciente ni inconscientemente, ya que en el inconsciente no hay más representaciones que las del deseo. El miedo a la muerte, que nos domina más frecuentemente de lo que advertimos, es en cambio algo secundario procedente casi siempre del sentimiento de culpabilidad..." (19).

En 1926... "el miedo a la muerte encubre el miedo a la pérdida de amor y a la castración y que en el inconsciente no existe nada que sustente el concepto de aniquilación de la vida..." (20).

Para Freud el mundo representacional se origina en el registro mnémico y en la creciente complejidad de las experiencias vivenciales. Entonces, no puede ser representado lo que nunca fue vivencia. La propia muerte nunca lo fue.

En *El Yo y el Ello* (1923) Freud nos dice: "La muerte es un concepto abstracto de contenido negativo, para lo cual no nos es posible encontrar nada correlativo en el inconsciente. Para Freud, la angustia ante la muerte se plantea como un conflicto entre el yo y el superyo" (21).

En cuanto al tratamiento psicoanalítico de pacientes con enfermedades orgánicas, el problema se enraza, según Freud, en la imposibilidad de desarrollar el fenómeno de transferencia. En este punto, me remito a la *Introducción del Narcisismo* (1914) y es fundamental ubicar el pivote de este problema en la segunda parte de este trascendente estudio. Allí Freud plantea (y cita a Ferenczi) que: "Todos sabemos y lo consideramos natural que el individuo aquejado de un dolor o malestar orgánico cesa de interesarse por el mundo exterior, en cuanto no tiene relación con su dolencia, que también retira de sus objetos eróticos el interés libidinoso, cesando de amar mientras sufre" (19). Freud dice que en términos de la teoría de la libido, la expresión de estas modificaciones de la economía libidinal sería que "el enfermo retrae hacia su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después de curarse". Y agrega que el problema relativo a estos pacientes (y desde luego a los que voy a describir) queda marcado por las resistencias narcisistas, factor insuperable en la técnica psicoanalítica (19).

El modelo de la libido del yo (1914) y objeto es una amenaza a

la dualidad que era vital para el sistema de Freud, ya que el conflicto psíquico principal, tal como él lo plantea, se ubica ahora entre fuerzas instintivas que tienen el mismo origen. Algunas contradicciones de Freud en el citado trabajo, quedaron luego resueltas a lo largo de su obra, aunque siempre siguió afirmando *la existencia de una etapa de narcisismo primario que precede a las relaciones objetales*.

Melanie Klein se diferencia fundamentalmente de Freud en este punto y dice: "No existe ninguna situación de ansiedad, ningún proceso mental que no involucre objetos, externos o internos" ... (36). Klein consideraba que desde el comienzo de la vida existe un yo rudimentario que alterna entre estados de cohesión relativa y estados de no integración y desintegración. Este yo rudimentario establece relaciones intensas con los objetos y utiliza mecanismos de defensa. Al principio son objetos "parciales" primitivos, luego con el desarrollo ulterior alcanzan mayor integración (33).

La importancia de estas afirmaciones no sólo es teórica sino también clínica, ya que Klein involucra en este concepto el "que no existe estado mental, por profunda que sea la regresión de un paciente, (y los enfermos orgánicos graves la poseen) que sea anobjetal y esté libre de conflicto (36).

Desde este concepto, los pacientes afectados orgánicamente y con profunda regresión, como se representan en los terminales, son pasibles de desarrollar transferencia y, por ende, a plasmar en ella su conflicto.

Esta re-edición de la relación madre-niño que puede ser ahora paciente-analista (transferencia materna) sería una variable más para transformar (capacidad de *reversie*) el sufrimiento, el dolor y el caos que surgen al pensar en la propia aniquilación (4, 36).

### Paciente Dora<sup>2</sup>

Comenzó el tratamiento a los 48 años. Era casada y tenía dos hijas de 24 y 22 años. Nació en Rumanía y llegó al país siendo una beba de 18 meses. No tenía hermanos. Padres fallecidos en un accidente. La paciente se describía poco comunicativa y poco motivada a las relacio-

nes interpersonales. Se casó a los 24 años. No podía decir si la conformaba aquel comienzo con su esposo en su fábrica de muebles ocupándose al tiempo de sus hijas y de las tareas hogareñas. Pero para todo esto tenía buena disposición y lo encontraba como el "real sentido de su vida". La desaparición en Dora de ese natural entusiasmo por la vida decidió la consulta, comenzando un análisis con reservas frente al método.

Decía: "No creo en esto de hablar, pero, como no tengo nada orgánico, el médico aconseja tratarme (aludiendo a un estado depresivo). Siempre me preocuparon mis dificultades para los cambios, y aunque yo soy muy activa e independiente cuando llega la hora de viajar, de mudarme o de cambiar el lugar de los muebles, me estanco y me viene una desesperación. No sé..., como si fuese un miedo".

"¿Será por eso que soy tan aferrada a las cosas, como una hiedra a la pared? Ahora estoy muy triste y por eso vengo, aunque, le digo, no confío en estas cosas. Tengo que aceptar que no puedo seguir así, sin voluntad, ni siquiera para aferrarme, como le dije. Además no entiendo, me vengo a tratar y no me duele nada".

Señalemos que Dora estaba frecuentemente "infiltrada" por angustia y que averiguando el comienzo de esta sensación encontré que había un enlace entre el accidente de sus padres y la misma edad en que ella pide tratamiento(31).

Interpreté, en su comienzo, que tal vez ella no se había dado cuenta de que hubo pérdidas irremediabiles en su vida, la de sus padres y la del tiempo pasado en el crecimiento de sus hijas, lo que pudo dar lugar a dolores no medibles ("no tengo nada"), ni calmados con analgésicos. Este tipo de pérdidas no duelen(26) en el cuerpo pero sí en la mente. Por eso viene, para que la ayude a entenderse entera (cuerpo, mente).

Se desarrollaron varias sesiones en torno al tema de sus pérdidas y en una de ellas pude interpretarle que mi presencia le recordaba la ausencia innombrable de su madre, la infancia de sus niñas; en fin, esas cosas que se imponen como dolores y, como el mismo crecimiento, emergen a pesar de uno(12, 42).

"¡Ufa...! Ahora no me va a hablar de los dolores de crecimiento. Mi mamá siempre me decía, cuando yo me quejaba de las piernas o de los pechos, que esos eran dolores del crecimiento, pero

a mí me dolían en serio. Como si crecer no doliera... No sé. Al fin terminaba dándome una aspirina. Pero, es cierto, yo veía que me hacía grande y mucho no me gustaba.

A pesar de que me cuesta dormir, anoche tuve un sueño: *soñé con un puerquito viejo; había un muelle que daba pena, chiquito, de maderas y hierros viejos (nadie podría amarrar allí, una canoa tal vez...) Eso sí, estaba en medio de un hermoso paisaje de río, con islas, muchísimo verde como en el Delta del Paraná, el agua era clara como río de montaña (no como la del Paraná) y corría. Había mucho sol y yo estaba en ese puerquito que no tenía protección".*

Cabe señalar que Dora pasó su infancia en una ciudad frente al río Paraná. Vivió allí hasta los catorce años y frecuentaba sus puertos y playas siendo esto motivo de alegría familiar(2, 17).

En la interpretación del sueño, asocié sus angustias con las partidas del puerto, sus penosas situaciones de cambio con la angustia de separación que le imponía el verse sola, sin protección frente a la realidad: por el crecimiento de sus hijas. Agregué en mi interpretación que ese puerto representaba la precaria estructura de su yo-infantil actual con la que Dora enfrentaba los cambios en la vida. En ese puerto-muelle estaría (a mi entender) la nena Dora que no puede perderse de ser y vivir el paisaje de la vida. Aquí yacería el fondo del conflicto yo-superyó expresado en la angustia ante los cambios. Angustia de muerte. Eso la trae al análisis, a recuperar tal vez la protección que la acompañó a pensar durante su infancia. Hoy sería la ayuda adecuada para seguir creciendo(48, 53).

En esta síntesis de dos sesiones (lunes y viernes) de una semana de cuatro luego de un año de tratamiento, noté que la paciente por sus asociaciones y dedicación, aumentaba progresivamente su confianza, aceptando la ayuda necesaria que iría dando coherencia y fuerza a la relación psicoanalítica.

Un accidente cardíaco puso fin a la vida de su esposo y comenzó así una etapa de sentimientos hostiles hacia el análisis, en la que encontraba inoperante cuanto de él pueda venir. A pesar de esto continuó sintiendo al analista como potencialmente destructivo y decía:

"Uds. cambian la cabeza y no lo hacen en el sentido que uno necesita".

O sea que colocaba en el analista

cualidades omnipotentes (hacer todo de nada), como si en este campo ella no participara. En otras palabras, la muerte del esposo reforzó la transferencia negativa. Era evidente la intensa culpa persecutoria por la muerte de sus seres queridos, proyectada en el analista, dándose así una transferencia hostil (negativa)(28, 48). En una sesión del segundo año de tratamiento Dora decía:

"Mi esposo se analizó muchos años; siempre le gustó la velocidad (en todo), en los autos, en los negocios, en todo... Tuvo hipertensión arterial y como debía empezar a frenarse se analizó, Y... ¡para qué!..."

A lo que respondí:

"Lo que Ud. hoy espera con prisa del análisis es que le devuelva todo en la vida, hasta lo imposible, como la vida de sus padres y la de su esposo coloca así ante una impotencia propia de los sentimientos hacia la muerte. Negando, por lo tanto, qué hay de vida dentro del análisis, y usted y yo"(23, 39).

Pasaron varios meses. La paciente no sólo estaba deprimida, sino que apareció con cierta rapidez en ella un deterioro de su físico: adelgazamiento, palidez y dolor en la axila izquierda, que la llevaron a la consulta médica. Se le efectuó un estudio clínico y se descubrió un aumento del tamaño en los ganglios axilares. Se efectuó una biopsia y se diagnosticó cáncer de mama en estado relativamente avanzado por el grado de infiltración ganglionar. Aunque el tumor original resultó pequeño e indoloro, tenía un intenso potencial. Se le practicó una cirugía parcial y luego se le administraron cobalto y quimioterapia.

Según la paciente, no efectuó antes la consulta porque no tenía ningún malestar (dolor). Ahora sí, tenía pena. Aquí notamos cómo había revertido su primitiva disociación y llamó "dolor" a sus pérdidas. De todos modos también retardó sus controles ginecológicos rutinarios desde los 45 años ("por falta de tiempo")(5).

Trabajé sobre la disociación y la negación; esta última prevaleció (30, 23) desde los comienzos de su tratamiento, aunque antes estuvo puesta sobre el miedo a los cambios (miedo a la muerte, angustia de separación). Quiero señalar que es aquí donde cambió la dirección de la cura en cuanto a su meta. Si bien es cierto que el objetivo en principio era comprender más y mejor acerca de sus miedos, angustias y

resistencia a los cambios, ahora nos veíamos ambas exigidas a llevar toda esa comprensión a lo que sería de sí misma. La contratransferencia tenía un matiz muy particular: yo diría algo así como un sentimiento de resignación, donde trabajar o asistir no daría lugar a un cambio o progreso en el analizando. ¿Tal vez esto era la resonancia en la contratransferencia de lo catastrófico de Dora o de lo siniestro? No diría que mi transferencia registraba un sentimiento de impotencia, porque siempre cabía una interpretación, una idea del analista que en ella— como también lo veremos luego en Rita— era factible de ser oída y, aunque a veces me costó aceptarlo, eran generadoras de un alivio, de otra idea; en fin, mi presencia generó por momentos (sobre todo en los finales del análisis), cierto grado de alivio, tan imposible de ubicar en medio de la desolación de la enfermedad mortal. Volveré luego con este particular tipo de contratransferencia en el caso Rita y con el tema de la resignación en el analista.

Dora continuó su análisis, para que yo, la analista, y lo decía explícitamente, “la ayude a vivir con su propia muerte”(31, 37).

Con frecuencia la hostilidad de Dora, originada en el pensamiento de las consecuencias de su enfermedad se proyectaba en la transferencia<sup>3</sup>. Esto inundaba mi contratransferencia y, contraindentificada con esa parte de ella, creía que nada del análisis le devolvía lo que día a día iba perdiendo.

“A veces no sé cómo hago para llegar

aquí, con este barullo, el tránsito, no lo aguanto. Ud. insiste en que mejor es que hablemos de todo, por ahí tiene razón... Estoy bastante aturdida, y además no sé si es el tiempo o la quimioterapia, pero entre la tos y los vómitos, ya no me queda nada”.

Le respondí<sup>4</sup>:

“Insisto en que Ud. y yo podemos hablar y vernos, aunque Ud. está empeñada en hacerme entender que tal vez algún día nos quedemos sin nada (Ella sin vida, yo sin paciente).

De lo que estoy segura es que me quedan pocas fuerzas en las piernas. Voy a ver qué me dice mañana el doctor... y a ver si puedo parar con esa medicación”.

Dora experimentó una evolución dantesca y se confirmó en poco tiempo que su cáncer había invadido metastásicamente pulmones y huesos. Esto obligó a su internación y decidí continuar<sup>5</sup> el tratamiento en el hospital, con su consentimiento y su esperanza de encontrarnos en corto tiempo en el consultorio. Esta negación de la muerte por parte de la paciente también gravitó en mi contratransferencia, ya que por momentos olvidé el irreversible desenlace. Con esto quiero subrayar la incidencia de la contratransferencia: creo que es inevitable identificarse con los aspectos murientes del paciente. Luego de cuatro años de tratamiento a esto se le sumaría un sentimiento de frustración, de resignación (frente al logro), el duelo por el *encuadre-setting*, por la pérdida de la paciente como persona(15, 16, 24, 27). La contraidentificación pro-

yectiva(28, 29) permitió una identificación entre neurótica y empática que por un lado me hizo negar el desenlace próximo y, al mismo tiempo, me permitió interpretarlo aunque empleé la palabra “nada” en lugar de la palabra “muerte”(46).

Por este motivo, deduje la dificultad que tenía en enunciar las interpretaciones transferenciales; ya desde la contratransferencia noté lo inundada que estaba con la angustia impuesta por la realidad de la muerte de Dora.

Ya no sería un alta la de este proceso, sino que el punto final estaría dado por un ritual funerario, y hoy, la elaboración de estas notas(30).

Hubieron fenómenos de intensa disociación, reacción terapéutica negativa y por momentos, *insight* y sueños. En fin, salvo el cambio del encuadre, mi actitud analítica no cambió y abordé a Dora desde el pilar fundamental de la técnica: la transferencia(14, 22, 31, 33).

Tomo e interpreto un material onírico de la penúltima semana de vida de Dora (día viernes). Me esperaba sentada junto a la puerta de su habitación y me dijo:

“Sólo la necesito para hablar un poquito, como siempre... Igual mucho no puedo, me canso; además me tiene mal este calor... Pero le voy a contar un sueño que tiene un parecido a otro que tuve hace años. ¿Se acuerda al principio del análisis? Además siempre soñaba con puertos. Igual nunca pude viajar. Pero ahora no sé... Me parece que todo era peor”.

(Apenas se le oía un hilo de voz, parecía como si se hundiese en su



AVRIL  
clínica de internaciones breves  
Excelencia en Salud Mental

Humahuaca 3771 Capital Federal - Tel: 865-9532 / 33



propio relato). Le respondí:

"Bueno, la escucho, viajaremos juntas interpretando el sueño como lo hicimos a lo largo de todo este viaje (tratamiento)".

"¿Sabe, Doctora? Hace un rato, a lo mejor fue anoche, no sé, cuando me dormí, soñé que yo corría sobre un puente de madera, muy desgastado, eran tiritas las maderas y tenía que atravesarlo, para luego pasar por debajo de una gran casa blanca y alcanzar un barco como esos de paseo. Podría ser una gran lancha. Yo llego hasta el barco y justo se desprende del muelle. ¡Estaba desesperada! No sé cómo pero alguien me ayudó a saltar... Qué lindo... logré subir, me voy y sentí alivio. Ese río sé que era larguísimo, creo que era el Ganges (no sé..., nunca estuve ni pensé en ir a la India). Sé que se lo considera un río sagrado, que la gente se baña en él ritualmente, que lava sus ropas y tira a sus muertos (lo vi en una película). El río estaba quieto, el lanchón iba despacio y yo veía a lo lejos un horizonte donde se ocultaba el sol, y yo iba hacia allí... No sé (cansada), mejor no me diga nada hoy, mañana sí. ¿No será que me voy a ir a la India?"

Le respondí:

"Pero puede pensar junto conmigo en este viaje; después de todo Ud. y yo transitamos dos vidas que se juntarán ahora en el agua. Alguien la ayuda a saltar, a conseguir un alivio, tal vez sea bueno contar con eso".

Por ese sueño pensé que Dora se disponía inconscientemente a realizar su última travesía; entendí la casa blanca y grande como el símbolo del vínculo primitivo con su madre (objeto bueno y protector) que -igualmente con el vínculo que existía conmigo- terminaba al subir al barco.

La desesperación de ella al ver que el barco "la deja" estaría asociada a la gran angustia de separación, la de separarse de la vida y del mundo de sus objetos que quedaban en tierra firme. Todo termina entonces al subir al barco donde será transportada a su muerte real.

Este sueño podría reformularse desde varios vértices, pero creo que es muy ilustrativo del estado de duelo de la mente de Dora (posición depresiva), la detención del tiempo (río quieto), la destrucción del cuerpo mismo y la ansiedad por ella (posición esquizoparanoide) que, finalmente, se integran en ese ocaso al cual ella alcanzaría. El ocaso, en la vida real, visto desde cualquier punto y estación del planeta, dura escasos minutos(33).

Ella nunca estuvo allí (río Ganges-la India), esto confirmaría la hipótesis de Freud: no se puede representar lo que nunca se vivió y también estaría asociado a lo siniestro. Lo que sí era posible para Dora era aceptar en mayor o menor medida, en el momento en que me relata el sueño, que la muerte forma parte de la vida. Sus ansiedades depresivas y paranoideas dibujadas en el contenido manifiesto del sueño simbolizarían la relación madre-niño (en la transferencia: Madre-Analista [transferencia materna]) dada en la ayuda al efectuar un salto seguro que logra ubicarla en el lugar deseado: el barco. Todas estas asociaciones, deducciones, pensamientos, se unieron haciendo posible su formulación final: la aceptación de su propia muerte (integrada a su yo). Supe por su hija que seis días más tarde entró en insuficiencia respiratoria y tuvo una muerte tranquila(6, 18, 36, 53).

#### Paciente Isabel

Tenía 43 años cuando me consultó por primera vez. Viuda, con dos hijas de 20 y 17 años y padres fallecidos. El esposo falleció en un accidente cuando su hija menor tenía quince días. Tenía un hermano menor con el cual mantenía una relación de intenso afecto pero conflictiva. Tuvo cáncer de mama a los 35 años y se le practicó una amplia resección quirúrgica que incluyó la mastectomía con vaciamiento axilar izquierdo, seguido de quimio y radioterapia. Pasaron más de nueve años hasta la consulta y, considerando las estadísticas oncológicas, el problema estaba en ese momento superado, aunque debía continuar siempre los controles y consultas. Sentía insuperable el problema de la mutilación y lo vinculaba a su imposibilidad de encontrar pareja. Era una mujer atractiva, activa y muy informada, aunque el carácter constante de sus autorreproches y quejas delineaban una personalidad de fuertes rasgos melancólicos.

En el comienzo del tratamiento gozaba de buena salud física; nunca estuvo (aparentemente) muy preocupada por la noticia de su cáncer, sí por la estética. El campo terapéutico fue rápidamente invadido por la angustia y la ansiedad persecutoria<sup>6</sup> en relación a sus pérdidas, y una marcada aunque disociada hos-

tilidad en la que se advertía una fuerte carga de envidia, que de hecho paralizaba todos sus esfuerzos de establecer vínculos(43).

Voy a resumir una sesión reconstruida del final del primer año de análisis y última semana del año:

I— "¿Qué sentido tiene todo? La culpa de no tener pareja es porque me falta un pecho, además no tolero estar en la sociedad donde veo que todas las mujeres tienen pareja y yo no. Es difícil, usted no puede entender porque lo tiene todo, hijos, marido, dinero, aunque no sé..., por ahí sí me entiende, los psicoanalistas se las saben todas".

A— "Lo que Ud. no sabe es lo difícil que resulta para mí no contar con usted como pareja para pensar en sus problemas, sin atacarlos de entrada... Será que permanece casada con las pérdidas..."

I— "Una de las cosas que más sufro es la soledad. Tengo dos hijas y para formarlas hace falta mucho dinero. Tengo miedo del futuro para ellas y si yo faltase no tienen a nadie, esa es mi enfermedad".

A— "Bueno, empecaremos por algo. Sus dos hijas serían como sus dos vidas: la de antes de su enfermedad y la de después de su enfermedad. A esta última la viviremos juntas y pensaremos.

I— "¿Qué enfermedad? (Disociación) ¿No tener novio? Yo creo que arreglaría también eso, al fin de cuentas, si tuviese dinero".

Notamos aquí la hostilidad traída a la transferencia por la pérdida de sus seres queridos y también el privilegio de los mecanismos de disociación y negación de las angustias relativas a la realidad que le imponía el recuerdo de haber padecido una enfermedad tan grave como fue su cáncer.

Pasaron dos años de tratamiento: la paciente estaba físicamente saludable pero siempre quejándose por problemas económicos y conflictos vinculados a su hermano, herencia y deudas desde la muerte de su padre.

Sesión del día viernes:

I— "¿Puede creer que aún, luego de haber pasado diez años de la muerte de mi padre, no está terminada su tumba por falta de fondos? Yo siempre ando así, no termino con mis muertos, o ellos terminarán conmigo. Ahora estoy decidida a que el dinero que gané será para eso. Creo que ni el análisis podré continuar".

A— "Su deseo de continuar con los muertos y terminar la tumba es anunciar, al mismo tiempo, su decisión de dedicar ahora sus esfuerzos y los míos a un análisis sin terminar. A cambio de esto yo propongo seguir cuidando su vida.

I— "Otra cosa que me tiene harta es la continuación de los controles médicos. Además, no sé si quiero hacérmelos o tengo miedo a que me encuentren algo... Y eso que el doctor X ya me considero curada. Ese es un capo en oncología mamaria, y si él lo dice... estoy ya pasada en el tiempo. Quiero pintar la casa, renovarla, ir de vacaciones... Hace dos años que no salgo".

Infiero aquí que la muerte de su padre dio lugar a un duelo, proceso que, al igual que su enfermedad, aún no estaría cerrado. Tal vez exista una percepción inconsciente de la reactivación de su cáncer.

Isabel logró concretar algunos proyectos, un buen trabajo aunque físicamente muy exigente (visitadora médica). Tuvo vacaciones y puso fecha para el casamiento de su hija mayor. También terminó con problemas familiares de larga data, como una sucesión pendiente de la muerte de su padre.

Luego de dos años de tratamiento, comenzó agudamente con tos, debilidad e insomnio y también un marcado desinterés por el mundo exterior. Pensé en un estado depresivo y a su tos la vinculé con un síntoma más cercano a su neurosis. Según ella, el ataque justo comenzaba durante las sesiones. Yo quedaba imposibilitada para trabajar.

Sin interpretarlo, pensé que podría tratarse una vez más de poner distancia en la relación conmigo, como con el resto del mundo del cual se quejaba. Además, con esto se convalidaba su hipótesis de que yo no servía para nada en relación a salvarla de sus problemas. Yo no era dinero.

En uno de sus controles médicos de rutina se hallaron alteraciones hematológicas y respiratorias. Tardó en decidirse al control radiológico. Pero, frente a mi insistencia, a cambio de que yo no seguiría trabajando ni un día más hasta descartar cualquier sustrato orgánico a su tos, se los efectuó.

Así fue como se comprobaron dos imágenes nodulares en pulmón izquierdo confirmándose el diagnóstico de metástasis pulmonar de su primitivo cáncer de mama.

La infiltración evolucionó rápidamente e Isabel tuvo conocimiento de ella cuando se le indicó por primera vez luego de once años, quimioterapia. Tuvo intensa depresión, y su rabia y su resentimiento invadieron la transferencia. In-

terumpió el tratamiento por cuatro meses.

Luego de ese tiempo me pidió retomarlo como una medida para no dañar con su carácter a sus hijas, conociendo, además, la posibilidad de entrar en una etapa complicada donde cada día le sería más difícil controlar su agresión. No tenía ganas de nada. A pesar de esto valía la pena analizarlo, ya que estaba informada acerca del ingrediente "emocional" en la incidencia y reincidencia del cáncer(40).

I— "Quiero ver si me ayuda a presenciar el casamiento de mi hija".

Resumiré una sesión de un día martes de la primavera del '90, cuando la paciente cursaba la tercera aplicación de quimioterapia y el casamiento de su hija ya estaba fijado para fin de ese año.

I— "Ayer fui al doctor X. Las aplicaciones son terribles. Cada vez tengo más vómitos y no logro reponerme de la anterior cuando ya me toca otra. Además, doctora, quedo sin fuerzas, y apenas si puedo cruzar la calle. Creo que la próxima vez le pediré que vaya a verme a casa. Anoche tuve un sueño con el Dr. X (oncólogo): estábamos en una casa grande, que no tenía techos ni ventanas, estaban los agujeros, había algunas paredes que dividían el ambiente como tabiques y que por su pintura desgastada recordaban algo así como buenas épocas pasadas. Entonces yo, que me encanta, tenía un camión de satén blanco y en eso entra el Dr. X, se acerca a mí, se entrelaza conmigo, luego se aleja sin soltarme la mano; este movimiento de va y viene se repite, como cuando se baila apretado y se suelta (era lindo). Hace tantos años que no bailo..."

A— "Todo tenía algo de erótico, pero quién se movía era el Dr. X, Ud. estaba quieta."

I— "Sí, pero no pasaba nada. Yo ya me olvidé de todo eso, y ya ve, ni en sueños".

A— "El doctor, la quimioterapia y Ud. en ese medio festivo le informan de la profunda tristeza que le acerca al tratamiento. Lo erótico del sueño coincidirá con la pérdida de los hechos, paredes desteñidas, pechos, la vida misma. Ud. y yo tenemos claro que no podemos perder tiempo en relación a su salud y que cada momento vivido debe abrazarse a fondo."

I— "Ah... mis hijas. Pobre María, la veo tan infantil para enfrentar la vida sola y Gloria, bueno, me da bronca, se fue con su novio en la camioneta a recorrer Bariloche. ¿Acaso no sabe que su madre está así? Tiene toda la vida por delante. Ahora se le ocurrió irse".

A— Gloria es un aspecto suyo que se va, enojándose con los que quedan pero también le es difícil aceptar que aquí hay algo por hacer.

Nos volvemos a encontrar allí con la rabia, los sentimientos de abandono, el rencor y cierto estado maniaco que dificultaba el contacto con la realidad de su muerte y, sobre todo, con la tristeza que la embargaba(35). Sin embargo parecía comprender el sentido de la interpretación que señalaba los aspectos eróticos del sueño como una forma de negar y al mismo tiempo reconocer la realidad psíquica. O sea, disociaba con fuerza y proyectaba la hostilidad en la hija (que cansada de su enfermedad se iba...) cuando en realidad Gloria sería un aspecto de sí misma que se alejaba de lo que significaba su enfermedad. Ésta demandaba su colaboración y muchos cuidados que ella rehusaba, resignándose al desenlace de su vida sin luchar. Frente a mí mostró cierto triunfo maniaco:

"¿Vio? Yo le dije, Ud. decía que yo me había curado, pero yo sabía más que usted de lo mío. Siempre fui víctima de las traiciones: mi padre, mi hermano, mi marido y, ahora, usted".

Como puede verse en el material transcrito interpreté sus fantasías frente a la muerte (aunque nunca utilicé esta palabra) y la paciente respondió con cierto *insight* a pesar de sus intensos mecanismos de negación y proyección. Mi contratransferencia a veces se inundaba con los aspectos murientes de la analizada(8). Aunque la paciente no me quisiera oír, solicitaba sin embargo mi presencia hasta su final(34). Yo respeté este deseo y tomé el material onírico como expresión de su realidad psíquica (su verdad). El contenido manifiesto de estos sueños no difería demasiado del contenido del sueño ya citado (terrazas y casas sin puertas, edificios partidos al medio como los restos edilicios que quedan al costado de una ruta abierta en ciudad, ruinas). Vinculé este material al desmantelamiento de su mente por las sucesivas pérdidas y del cuerpo por su enfermedad. Interpreté su negativa a oírme a la imposibilidad de ponerse en contacto con mi propio inconsciente. Eso definía a su vez su desconexión con el mundo externo, que fue paulatina(43).

Al llegar un viernes de la antepenúltima semana de vida me dijo:

"Por fin tengo un ser viviente con quién hablar. Por suerte que vino, pue-

de hacerlo a la hora que le venga mejor. Para mí la noche y el día ya son lo mismo, o no sé..., me parece que ya pronto será todo de noche".

Después de esta dramática sesión, la paciente entró gradualmente en coma y finalmente murió(41).

### Paciente Rita

A diferencia de las anteriores, me encontré frente a una paciente con absoluto conocimiento del próximo desenlace de su vida.

A pesar de esto decidió analizarse. De entrada, tuve muy claro, y se lo comuniqué, que nos enfrentábamos con problemas que harían difícil el análisis dentro del *setting* habitual. Ella aceptó manifestando:

"Pueden no quedarme fuerzas para venir, pero por suerte tengo todavía esto (señalándose su cabeza) y puedo pensar".

Además me dijo abiertamente de su necesidad de ser ayudada a vivir en esta agonía pensando en... (e hizo un gesto con la mano dirigiéndola en zigzag hacia arriba). Entendí la propuesta como sensata y empezamos a trabajar hace diecisiete meses en mi consultorio.

Tenía cuarenta y ocho años, dos hijos de 27 y 25 años de su primer matrimonio. Se unió con otro hombre y vivía con él en medio de una virtual separación, dentro de su casa. Se divorció hace catorce años luego de un conflictivo matrimonio. El padre fue un bioquímico destacado que falleció de una infección hepática contraída en su laboratorio. Era una persona culta y estudiosa. Madre viva, maestra, con quien tuvo mala relación, lo cual determinó que precozmente se fuera de su hogar paterno. Una hermana menor, bioquímica.

Cuando Rita consultó, tenía un cáncer de ovario inoperable que dio lugar a un abdomen similar al de un embarazo de siete meses. Daba la impresión de un diagnóstico tardío de su problema. Breve reseña de su primer entrevista:

R—"Tenía alta la prolactina y tuve leche por los pechos, dije 'estoy embarazada' (año 1988) y prefiero un tumor y no un embarazo. Terminó la leche. Siguió mi hinchazón generalizada. Un día me hacen una radiografía de silla turca (hipófisis) y se descubre un agrandamiento. Yo lo único que sentía era que estaba gorda. Hacía dietas para adelgazar (me mataba de hambre) y no bajaba de peso. Nadie le dio bola a mi radiografía. Continué

menstruando cada 28 días. Tuve mis P. A. P., mis colposcopías y todo era normal. Cada diez días iba al médico. Pasaron un montón de años. Nunca tuve dolores. Fui a un médico naturista, bajé de peso pero no terminé de deshincharme. Después fui a un médico genio, me hizo diagnóstico de cirrosis hepática porque a la palpación tenía la panza dura. (Era evidente que eso ya era líquido). Se volvió sobre mi gordura porque dejé de fumar. Bajé sólo un kilo. Empezaron los dolores. Se me hizo una ecografía (ahí Rita se diagnostica sola). Me internan por fatiga el 10/12/92. Me operan, me quitan un ovario y me dan dos aplicaciones de quimioterapia, que fueron atroces. Claudio, mi hijo, me dijo el diagnóstico y yo sólo pregunté si tenía metástasis. (Rita sabía bien lo que era, pero no quería creerlo). Pensé siempre en la reabsorción. En ese momento tenía 45 años".

El objetivo del tratamiento estaba delineado. Ella insistía en que algo que no fuera ni quimioterapia (que no la toleró nunca) ni radioterapia, ni crotoxina, ni vacunas traídas de oriente tenía que ayudarla a tolerar su desesperación. En el momento de iniciar su análisis sólo se le efectuaban extracciones de líquido abdominal (ascitis) que superaban en número las estadísticas. No tenía metástasis y sus limitaciones físicas eran cada día mayores por comprensión tumoral. De aquí que, una de sus esperanzas de curación (negación) o sobrevida, era que llegaría un momento en que ese tumor encapsulado dejaría de crecer y allí podría ser extirpado. Esta fantasía configura el mecanismo psíquico de negación maníaca del carácter destructivo de su enfermedad orgánica.

Primera sesión post-vacaciones de Febrero '95.

R—"Estoy ahí nomás. Los dolores me tienen loca pero los tengo dominados con esa mezcla, terminé un bordado, estuve cocinando y ahí estamos, luchando para sacar (líquido), a veces sí, a veces no... Ahora tengo a la Olguita (su mucama) que me acompaña al hospital y así el gordito pone el trocar y ella aprieta desde arriba (señalándose la parte superior del abdomen). La estaba esperando ¿sabe? Sueño muchísimo, en especial con papá, fíjese Ud... será que allí (arriba) ya está esperando. A veces discutimos, él siempre está sentado y solo".

A—"Habría un aspecto de su vida que lucha contra el otro puesto en su padre, éste sería el enfermo, el otro discute conmigo como lo hace siempre con su madre, de quien más de una vez

sintió que la dejó sola o la entendió".

R—"No sé, de lo que estoy convencida es que todo lo mío empeoró en diciembre con mi internación en el oncológico. Me hicieron perder el tiempo y me trataron mal. Eso fue realmente inhumano. El médico vino tres veces en total: una para conocerme, la segunda para operarme y la tercera para decirme que no me operaba. En el interin estuve de lo peor. No me sentí persona. (Era la número 8) ¿Se acuerda que cuando quise irme, porque no me hacían nada, llamaron a una psicóloga? ¿Para qué?, pensarían que estaba loca. Locos estarían ellos con mi problema sin tratar".

A—"Yo no soy suficientemente comprensiva en venir sólo tres veces por semana (después de un mes de vacaciones), porque eso es como estar loca frente a algo que no puede esperar. Entendamos así que la desesperación y la soledad no se calman con la mezcla(24, 26, 47).

Aquí notamos la disociación y locura puestas en los médicos. En realidad, su tumor era tan grande que ya no le permitía ni caminar; ella utilizaba la negación para no ver esta fuente de locura que comenzó mucho antes de diciembre del '94. De todos modos, ambos mecanismos son útiles en Rita y ella siente que aún puede pensar, enojarse y cuidarse.

R—"La que levantó el aplazo es la vieja. Se está portando... trae comida, viene a menudo y decidió pagar todos los gastos de comunicación si Marcelo se digna hablarme. (Marcelo es su hijo mayor que vive en el exterior desde hace seis años). Marcelo no llama, no viene, no se interesa por mí, ni llama al hermano... Se recibió de ingeniero y ahora está haciendo un Master".

Se tomó con las manos y dijo:

"Ahora tengo una vieja como la gente y apenas si puedo estar con ella, y voy a tener un hijo Master y yo no lo voy a ver (resignación), y la culpa de eso es mía (subiendo el tono de voz y levantando su mano imperativamente). Siempre le inculqué a mi hijo que ante todo el estudio, que hay que ser algo (será porque yo intenté varias veces y no pude, no pude ser Madame Curie)".

A—"Los reproches hacia su hijo y usted se cruzan en el tiempo. Su hijo es ahora lo que usted deseó para él cuando no estaba enferma. Sin dejar de lado la ausencia de su hijo ahora, lo que la trata mal es esta enfermedad que se le impone en esa panza abultada que en otro tiempo fue embarazo. La similitud de su abdomen con la de un embarazo de nueve meses es perfecta".

R— "Mire usted, porque por suerte pienso; y ahora me acuerdo del sueño, también con papá, que me viene a buscar para irme, no sé, en avión. Todo era como la última vez que se fue él para USA y no volvió, o sí volvió; en bodega (risa triste). Yo fui a buscarlo porque la inútil de mi vieja era incapaz de hacer un trámite".

La idea de muerte inminente se imponía; Rita no podía negarla. La aceptaba, a mi juicio con notable valor, mientras expresaba claramente las clásicas fantasías del complejo de Edipo directo: unida con el padre en la muerte, rivalizando con la inútil madre cuyo lugar ocupa. En relación al tema del sentimiento de resignación, voy a detenerme en lo que pensó Paul Ricoeur, de manera tal que adjunto un punto más a la idea de integración de muerte en el yo (maduración yoica). Ricoeur dice: "Resignarse a lo inexorable no se reduce a un simple reconocimiento de la necesidad, quiero decir, a una extensión puramente intelectual de lo que hemos llamado prueba de realidad, al nivel de la percepción; la resignación es una tarea afectiva, un trabajo de corrección aplicado al núcleo mismo de la libido, a la entraña del narcisismo".

En ese momento, Rita tenía tres sesiones semanales (martes, jueves y sábado y nuestro contrato era trabajar *à demande*), mientras su desmoronamiento físico crecía día a día. Se negó a internarse, aludiendo que prefería terminar sus días en su casa y recibir allí sus sesiones.

Voy a resumir la sesión del primer sábado de marzo de 1995.

R— "El Oncológico, doctora, es un loquero, uno no es nadie, simplemente un número, las divisiones entre paciente y paciente son cortinitas de sábanas, no hay intimidad ni para vomitar y yo no quiero mostrar mis detritos a todo el mundo. Si uno está sólo, allí termina sintiéndose un cadáver.

A— Los sentimientos de desintegración son fuertes y usted prefiere dárme los dentro de estas cuatro paredes, como si fuese un consultorio. Por esto rescata como un valor especial la intimidad de la relación psicoanalítica que le permite volcar en mí sus detritos.

Interpreté la función continente del encuadre y el analista, que señalan muchas veces Winnicott, Bick y Meltzer, con su acertado concepto de pecho toilette.

Terminó la sesión y, al despedirme, le solicité el toilette (que está frente al lugar donde hacíamos la sesión y, sobre todo, frente a sus ojos, en el centro de la casa). Al retirarme, le agradecí. Vuelví a despedirme y Rita me señaló:

"Bueno, hasta el lunes, y ya me dio la mano; pero bueno..., si nos empezamos a despedir así, no nos vamos a terminar de despedir más".

Realizó un gesto de ida y vuelta con las manos, y finalmente me señaló que pasara por delante de ella en dirección a la puerta de salida. Allí, me volvió a saludar. Me fui. Más tarde, me sentí extraña, con el sentido de que había algo de lo cual no me podía, o no me decidía a separar. Más tarde, noté que me invadía una gran angustia, lindando en el llanto, y a su vez reconocí un sentimiento de pena

y desolación. Analizando mi contra-transferencia no me fue difícil referirlos a momentos ya vividos de mi propia vida. Reparé estrictamente en esta vivencia contratransferencial y, para ella, compatible con el estado mental terminal de su mente(7).

Esto se plasmó en el contenido manifiesto de un sueño, que me relató en la sesión del lunes siguiente en la última semana de marzo:

R— "Hoy tengo una buena, el viernes 14 de abril (es decir una quincena después) me voy a Córdoba. Claudio vendrá esa misma semana a Buenos Aires y se volverá el miércoles sí o sí".

A— Tendremos aún tiempo para organizar este viaje.

Dejé entrever mi estupor frente a la resolución de ese viaje, para mí imposible de realizar; y acoté algunos términos en relación al eventual desplazamiento y al máximo ahorro de fuerzas físicas.

R— Ya lo tengo todo organizado. Me tomo el taxi aquí, me lleva al aeropuerto y desde allí camino hasta el embarque, ya verá usted... Fijese, fui al doctor ayer, me dieron una transfusión y fue una epopeya sacar medio litro de líquido de mi abdomen. Es un infierno. Pero, con todo, estoy mejor. Igual siempre me duele mucho. Le voy a relatar un sueño que tuve anoche, increíble, me impactó (Lo tenía en un papel, y era todo lo que había sobre su mesa vacía): "Con mis dos maridos, el primero estaba durmiendo en mi habitación, o sea a mi derecha y atrás del baño, y Oscar en el dormitorio donde está la biblioteca que usted vio la semana pasada, al lado del baño. Mis hijos eran chicos y estaban presentes pero

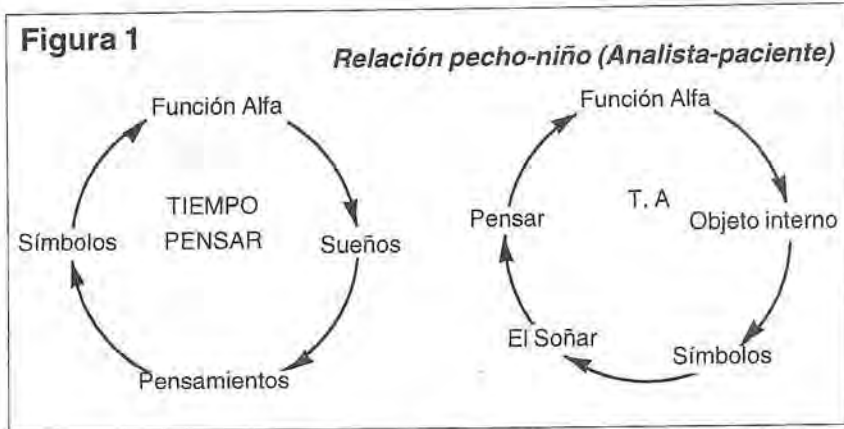
# Clínica Privada Banfield S.A.



al servicio de la asistencia en salud mental

1947 - 1997

Azara 1780 - Banfield - Tel.: 242-2364/2227/2862 - Av. Corrientes 2014 Tel.: 953-3033/2606



yo no los veía. Toda la situación giraba en torno al bañito porque ahí se había metido una chinita. No sé quién era, estaba allí como atrapada. No sé... quería evitar que mis hijos la viesan, no podía arreglar nada. Yo estaba así, como estoy, con el camisón, espantada, paralizada de miedo y angustia. Todo el sueño estuve en aprietos".

A— "Yo diría que su ex marido y Oscar simbolizan el silencio de la desolación que ahora siente(18), por perder la vida; la chinita tal vez integre las vivencias y bronca y resignación frente a todo lo que está viviendo. Tal vez la pena de que no podamos encontrarnos en un futuro por culpa de su partida (a Córdoba), continuar pensando juntas. Yo también quedo unida a esta pena cuando usted menciona la biblioteca que yo vi la semana pasada.

Quiero considerar que el proyecto de su viaje como la chinita del contenido manifiesto del sueño, darían lugar a pensar en la negación y en la profunda regresión que padecía su mente y que impregnaban totalmente la transferencia, mientras que la presencia de sus dos maridos, los hijos pequeños y el viaje —otra vez símbolo de la muerte— expresaban los sentimientos de integración depresiva que refiere con sentimientos de gratitud a la analista y sus conocimientos (biblioteca).

Esto se acompañaba por un aspecto regresivo del yo del analista que se comunicaría en el acto de despedida de las manos (previo al sueño)(3, 39).

Dentro de la negación de Rita, se involucra la creencia de padecer un tumor encapsulado que crecería hasta el máximo, sin aniquilarle la vida. Probablemente, en el sueño hay un aspecto de su propia analista puesto en sí misma, "que no puede hacer nada" y que aún está viva como cuando ella misma lo estaba y tenía a sus niños chicos. Diría que en ese sueño se condensan diferen-

tes estados mentales, producto de ansiedades esquizoparanoideas y depresivas que retornan (regresión) a un primitivo estado de relación objeto de importante carga libidinal (pareja parental). Esta sería la regresión que se transfiere, y se intercambia en el final de este proceso. O sea, no es exclusiva para el paciente donde es total y terminal, también la sufre el analista como parte de este proceso de duelo.

#### Algunas consideraciones sobre la dinámica psíquica entre el paciente y el analista cuando el proceso psicoanalítico culmina con la muerte del paciente.

Los fenómenos de transferencia/contratransferencia en el paciente terminal son por demás complejos, como he procurado mostrar en este trabajo.

Los he conceptualizado teniendo en cuenta los mecanismos que forman parte del estadio final y natural en el desarrollo del yo(53). Una parte importante en cuanto a la maduración del yo es la aceptación de la propia muerte, incluyendo el establecimiento predominante de la posición depresiva, última expresión del vínculo entre el objeto interno y la realidad externa.

Este difícil proceso de maduración yoica que debe realizar el paciente implica paralelamente un gran esfuerzo para el analista, la identificación con los aspectos muerientes de su analizado<sup>7</sup>, con una adecuada elaboración de vivencias de separación, renuncia, pérdida, que sólo se logra aceptando momentos de profunda regresión de los cuales podemos rescatarlos a tiempo con el análisis en nuestro conflicto de contratransferencia(8, 9).

Teniendo en cuenta que dicha

maduración depende esencialmente del principio de realidad, que desde ya está ligado a una satisfactoria resolución del conflicto edípico, y como ésta, en el mejor de los casos, nunca es la ideal, es igualmente probable que así surjan las condiciones para aceptar la muerte en su doble aspecto: de cesación de la existencia individual y la desintegración corporal. Ante la amenaza de la muerte real, se conmueve toda la organización edípica y esto toca el punto más sensible de la organización narcisista: la inmortalidad del superyó. Según mi experiencia, para el analista, los mecanismos psíquicos en juego ante la inmediatez de la muerte del paciente no difieren demasiado de aquellos que, a lo largo de una vida, han significado amenazas de aniquilación y pérdidas (posición depresiva).

En este punto, se tocan en un mismo vértice, la realidad psíquica del paciente y del analista, con la diferencia de que en éste entraña, a su vez, la depresión en su aspecto reparatorio y creativo.

#### Conclusiones

Expuse un material que a mi juicio ilustra no sólo la posibilidad de pensar del paciente, tan significativa para sustentar mi hipótesis de la posibilidad de transferencia en estos pacientes, sino también lo que hace esencialmente a ese momento del proceso, que es la comunicación de los pensamientos, donde el material onírico no sólo es relevante, sino también revelador, ya que involucra la verdad de la realidad psíquica, siendo su interpretación (su formulación) la opción de contacto consigo mismo.

Si no fuese por el cuidadoso análisis de la transferencia y la contratransferencia, seríamos incapaces de ayudar a estos pacientes. La función alfa de Bion (Figura 1) no es observable, pero puede ser construida sobre la base de datos. Esos datos, productos del pensamiento, pueden ser observados y sentidos por el analista en la transferencia que a esta altura del proceso llamé "agónica". Con esto, dejaría en pie los conceptos de transferencia y de regresión en la transferencia, que dan a luz al deseo de mantener viva la disciplina psicoanalítica (su noble teoría) para acompañar la vivencia de muerte como puede darse

con un cáncer, con el SIDA, como secuelas de la exposición a los efectos de armas nucleares, de otras situaciones guerra, de las adicciones...

En consecuencia la agonía del paciente es una situación límite en la cual la capacidad de pensar del analista y del paciente ponen a prueba el método psicoanalítico en las cir-

cunstancias más adversas posibles. En estas difícilísimas circunstancias nuestra tarea puede alcanzar el más alto rendimiento técnico y ético ■

#### Referencias bibliográficas

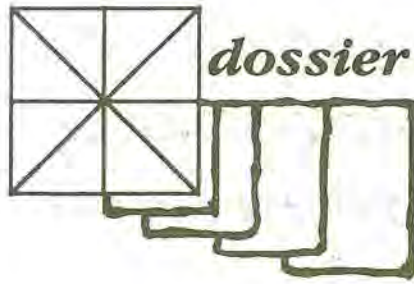
1. Abraham, K., (1919), "La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada" en *Psicoanálisis clínico*, Paidós, Bs. As., 1959.
2. Avenburg, R., "La regresión en el proceso analítico en la obra de Freud" VII Congreso Lat. de Psicoanálisis, FEPAL, Actas, Bogotá, 1969.
3. Bethelheim, B., "Regresión como progreso" en P. L. Giovacchini (comp.), *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*, Aronson ed., N. Y., 1972.
4. Bion, W. E., "Volviendo a pensar", Ed. Hormé, Bs. As., 1962.
5. Bion, W. E., *La tabla y la Cesura*, Ed. Gedisa, Bs. As., 1982.
6. Bollas, C., "Of the wall", en *Forces of destiny*. Aronson, London, 1989.
7. Bollas, C., *Regresión en la contratransferencia*. En "Master Clinicians on treating the regressed patient". Aronson, London, 1987.
8. Dupont Muñoz, M. A., "El paciente que va a morir. Comentarios psicoanalíticos en torno al duelo del paciente canceroso". *Rev. de Psicoanálisis*, T. XXXI, N° 4, 1974.
9. Eigen, M. En torno al punto de partida de Bion: de la catástrofe a la fe, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, Imago, Lima, 1985.
10. Etchegoyen, R. H., "Las formas de transferencia", *Psicoanálisis*, Vol. 2, 1979.
11. Etchegoyen, R. H., "Regresión y encuadre" *Psicoanálisis* Vol. 1, 1979.
12. Etchegoyen, R. H., "Validez de la interpretación transferencial en el aquí y ahora para la reconstrucción del desarrollo psíquico temprano." *Rev. de Psicoanálisis* Vol. 38, 1981.
13. Etchegoyen, R. H., "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica" Amorrortu Ed., Bs. As., 1991.
14. Etchegoyen, R. H., "El psicoanálisis de los años '90." Comunic. personal, 1992.
15. Ferenczi, S., (1909), "Transferencia e introyección", en *Psicoanálisis*, Vol. 1, 1977.
16. Ferenczi, S., *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*, Brunner y Mazel, N. Y., 1980.
17. Freud, S., (1890), "Tratamiento psíquico" (Tratamiento del alma), en O. C., Amorrortu Ed., Vol. 1, Bs. As., 1976.
18. Freud, S., (1912), *Sobre la dinámica de la transferencia*, en O. C., Amorrortu Ed., Vol. 12, Bs. As., 1976.
19. Freud, S., (1914), *Introducción del narcisismo*, en O. C., Amorrortu Ed., Vol. 14, Bs. As., 1976.
20. Freud, S., (1926), *Inhibición, síntoma y angustia*, en O. C., S. Rueda, T. XI, Bs. As., 1953.
21. Freud, S., (1923), *El yo y el ello* en O. C., Amorrortu Ed., Vol. 19, Bs. As., 1976.
22. Freud, S., *Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños*, en O. C., Amorrortu Ed., Vol. 19, Bs. As., 1976.
23. Freud, S., (1925), "La negación" en O. C., Amorrortu Ed., Vol. 19, Bs. As., 1976.
24. Giovacchini, P. L., Interpretación y definición del *setting* analítico, en *Prácticas psicoanalíticas comparadas* Paidós, Bs. As., 1977.
25. Green, A., 1986, *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*. Amorrortu Ed., Bs. As., 1986.
26. Green, A., *De locuras privadas*. Amorrortu Ed., Bs. As., 1993.
27. Green, A., "Tiempo y memoria". Conferencia en A. P. de B. A. Mimeo, 1994.
28. Grimberg, L., (1956), Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas, *Rev. de Psicoanálisis*. N° 13-507-511, 1982.
29. Grimberg, L., Los aspectos en la contratransferencia, *Ier Congreso Latinoamericano de Psicoanal.* FEPAL. Actas, 1957.
30. Häggelund, T., *Dying: a psychoanalytical study with special reference to individual creativity and defensive organization*. Int. Univ. Press, N. Y., 1981.
31. Joseph B., El paciente de difícil acceso, en *Prácticas Psicoanalíticas comparadas en la neurosis*. L. Grimberg (comp.). Paidós, Bs. As., 1977.
32. Joseph B., La transferencia situación total, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, Lima, 1985.
33. Klein, M., "El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas en O. C., Vol. 2, Paidós, Bs. As., 1978.
34. Klein, M., Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, en O. C., Vol. 3, Paidós, Bs. As., 1978.
35. Klein, M., Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa en *Envidia y Gratitud*, O. C., Vol. 6, Paidós, Bs. As., 1980.
36. Klein, M., "Los orígenes de la transferencia" en O. C. Vol. 6, Ed. Paidós, Bs. As., 1980.
37. Klein, M., "Sobre el sentimiento de soledad", en *El sentimiento de soledad y otros ensayos*, en O. C. Ed. Paidós, Vol. 6, Bs. As., 1980.
38. Lechevalier, B., Silence du mort troubles graves de la pensée et élaboration du contretransfert, *Rev. Franç. Psychan.* Vol. 2. 1988.
39. Liberman, D., *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba, Bs. As., 1966.
40. Liberman, D., Modos de reparación y desenlaces de procesos terapéuticos psicoanalíticos. *Rev. de Psicoanálisis*, Vol. 26, 1969.
41. Liberman, D., "La verbalización del insight en la sesión analítica", XXXII Congr. Psicoanalít. Internacional, 1981.
42. Meltzer, D., *El proceso psicoanalítico*. Ed. Hormé, Bs. As., 1967.
43. Meltzer, D., *Sexual states of mind*. R. Harris Trust, London, 1973.
44. Meltzer, D., Aplicaciones clínicas de las ideas de Bion, en *Desarrollos kleinianos*, Ed. Spatia, Bs. As., 1990.
45. Meltzer, D., *Un modelo Klein-Bion para la evaluación de los estados psicómáticos*, Ed. Spatia, Bs. As., 1990.
46. Olinik, S. L., Some considerations of the use of questioning as psychoanalytic technique. *J. Of. the Am. Psych. Ass.*, Vol. 2. 1954.
47. Racker, H., La neurosis de la contratransferencia en *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós, Bs. As., 1948.
48. Resnik, S., "Tiempos congelados". Conferencia en A. P. A., Mimeo, 1992.
49. Rosenfeld, H. A., "On the psychopathology of narcissism, a clinical approach". *Int. J. of Psych.*, Vol. 45, 1971.
50. Rosenfeld, H. A., A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int. J. of Psych.*, Vol. 52, 1971.
51. Segal, H., Bell, D., "La teoría del narcisismo en la obra de Freud y Klein", en *Estudio sobre introducción al narcisismo de Sigmund Freud*, J. Sandler (comp.), J. Yebener, Madrid, 1991.
52. Smolensky, D. G., El concepto de muerte y la estructuración del yo. *Rev. de Psicoanálisis*, Vol. 22, N°1, 1965.

#### Notas

1. Véase Meltzer (1973), Green (1989), Etchegoyen (1990).
2. Dora, Isabel y Rita: esta denominación la hice en homenaje a Freud y Melanie Klein en el tema de la transferencia.
3. Duelo: ambivalencia-odio.
4. Quedarse sin nada es una fórmula de aludir a la muerte sin nombrarla.
5. Se cambia el cuadro.
6. Ver Meltzer, D., (45) y Resnick, S., (49).
7. Esta identificación sería al decir de Meltzer "un grado poco común de identificación con el paciente, una inusual profundidad de *reverie* durante la sesión y una gran tolerancia a la idea de estarse volviendo loco uno mismo", en este caso, muriendo uno mismo.



*Marta Lucheno*  
*En el viejo conventillo*  
*Pastel*  
*1996*  
*35 x 50 cm*



## El sector Salud Mental Política, Economía, Actores, Calidad

**E**n el ámbito de la Salud, a nivel mundial, se está produciendo un vertiginoso proceso de transformación. Pero aunque la misma responde a determinantes político-económicos surgidos de la mundialización la Salud sigue siendo una responsabilidad de los Estados nacionales.

En efecto, jaqueados en sus presupuestos internos por los intereses transnacionales, los gobiernos de los distintos países —cuando más dependientes como el nuestro más aún— se encuentran ante la opción de achicar sus poderes, pauperizar sus políticas sociales y privatizar la Salud o encontrar formas de solidaridad, efectividad y planificación democráticas para defender lo que lejos de ser simplemente un lujo o un reclamo exclusivamente ético, constituye una inversión para el futuro de una sociedad.

Sin duda que el problema es político; porque una política de Salud es política y fijarla demanda decidir qué rol se le asigna al Estado. Es decir, que si el

incremento del gasto de Salud exige reformas importantes, la toma de decisión acerca de las mismas requiere un paso previo: esclarecernos acerca de cuáles valores guían al actual Sistema de Salud y cuáles los que deberían hacerlo en acuerdo con las prioridades de la sociedad. El asunto es muy complejo. Las presiones de los intereses sectoriales en juego lo determinan así. Los especialistas de la Salud Mental estamos asistiendo a un cambio muy rápido en las formas de atención que incide sobre las características de nuestro ejercicio profesional —tanto en el ámbito hospitalario como privado o de Obras Sociales— y sobre nuestra fuente de trabajo.

Este Dossier pretende introducir a nuestros lectores, en su doble condición de trabajadores psi y ciudadanos, en esta problemática presentando algunas ideas sobre el tema que cruza conceptos tales como calidad, ética, Fármacoconomía, acreditación, políticas de Salud, etc. ■





# Farmacoeconomía y Disease Management: su aplicabilidad en Salud Mental



**Martha A. Pan** Médica. Especialista en Farmacología (UBA). Lic. y Master en Adm. de Empresas (Univ. Palermo). Tel/fax: 762-8396

## Introducción

El aumento de la población de la tercera edad con el consecuente incremento de las patologías crónicas y la impresionante tecnologización del diagnóstico y tratamiento en medicina son los dos principales hechos que han determinado el crecimiento geométrico de los costos en el área de la Salud en las últimas décadas.

Como consecuencia de ello la economía, como ciencia y práctica, ha sumado la salud a su área de influencia.

Si definimos a la economía como "la ciencia de la administración de recursos escasos o finitos" la economía aplicada a la Salud tendería a la racionalización de recursos mé-

dicos "asumidos como escasos" aplicados a una demanda diagnóstico-terapéutica creciente.

Es de esta forma como progresivamente hemos presenciado la transferencia de las decisiones del médico tratante o prescriptor al prestador de salud y en los últimos tiempos del prestador al pagador.

Por un lado los pagadores demandan por un mayor control de costos; disminuyendo el número de días de internación autorizados, exigiendo planes de tratamiento domiciliario, disminuyendo los porcentajes de cobertura, limitando los tests diagnósticos autorizados, cerrando acuerdos por capitación, estableciendo vademécums terapéuticos, incrementando los copagos, etc.

## Resumen

Las políticas de control de costos deben ser armonizadas con la calidad de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes, la farmacoeconomía y el Disease Management son los métodos que permiten conciliar ambos términos de la ecuación. El presente artículo revé los conceptos generales de la FE y el DM y ejemplifica su uso en Salud Mental basándose en experiencias internacionales. En el ámbito nacional se discute la reforma del Sistema de Salud en la Argentina y la posibilidad de poner en marcha programas de FE y DM.

**Palabras Clave:** Economía en salud - Disease Management - Control de costos - Escenario de salud en Argentina - Salud Pública - Reforma del Sistema de Salud en Argentina - Desórdenes mentales-economía.

HEALTH ECONOMICS AND DISEASE MANAGEMENT: GENERAL CONCEPTS; AN INTRODUCTION FOR MENTAL CARE

Budgetary control policies should be harmonize with quality of care and quality of patients life. Health Economic studies and Disease Management programs are the tools capable to conciliate both terms of the equation. This article reviews HE and DM general concepts and guidelines and summarises international examples on how to use them in Mental Care. Regarding national situation the article discusses Argentina's Health Care Reform and the possibility of running DM and HE programs in our country.

**Key Words:** Health Economics - Disease Management - Cost control - Argentina's health care scenario - Public health - Argentina's care reform - Mental disorders-economics.

Mientras que al otro extremo los pacientes demandan mejor atención médica, exigen mayor grado de prestación, se encuentran cada vez más informados y sin duda están mejor organizados, en muchos casos a través de sociedades que los representan.

Todo esto que acabamos de describir se presenta como un fenómeno internacional y han sido esencialmente dos las "fórmulas" que se han puesto en marcha para resolver la problemática de la administración de Salud: el modelo europeo propone una fuerte intervención del estado siendo el mismo responsable de la administración de entre el 70% y el 90% de la salud, dependiendo de los países; el modelo norteamericano deja en manos de la libre competencia todo el control de costos como la calidad y el Estado sólo es responsable por la salud de los carenciados.

En la Argentina se promulgó en el año 1989 la Ley 23.660 que reforma nuestro Sistema de Salud. Nos parece pertinente realizar algunas interpretaciones no sobre la letra de dicha Ley sino a modo de comentarios surgidos de una lectura entrelíneas.

El primer elemento significativo es que los afiliados a las Obras Sociales dejan de ser una población "cautiva" de las mismas para ser libres de elegir, no sólo su prestador, sino también su pagador de Salud. Esto introduce a la competencia como un fuerte jugador del sistema y por otro lado inicia un camino en el que los pacientes podrían ser considerados como clientes que deben ser satisfechos????!!

Las Obras Sociales deberían ser administradas como unidades de negocios siendo responsables de su rentabilidad, no recibiendo más subsidios del Estado para cubrir déficits. El Estado tendería a proveer atención de Salud solamente a los pacientes carenciados. Los hospitales públicos seguirían recibiendo algún tipo de soporte económico del Estado pero funcionarían con un régimen mixto, denominado de



autogestión, a través del cual cobrarían sus servicios a los diferentes pagadores y sólo los pacientes sin ningún tipo de cobertura recibirían atención gratuita.

En un futuro cercano los Sistemas Privados de Salud entrarían en el juego compitiendo con las obras sociales.

Probablemente serían puestos en vigencia, sistemas de acreditación y control de calidad de servicios para prestadores de Salud.

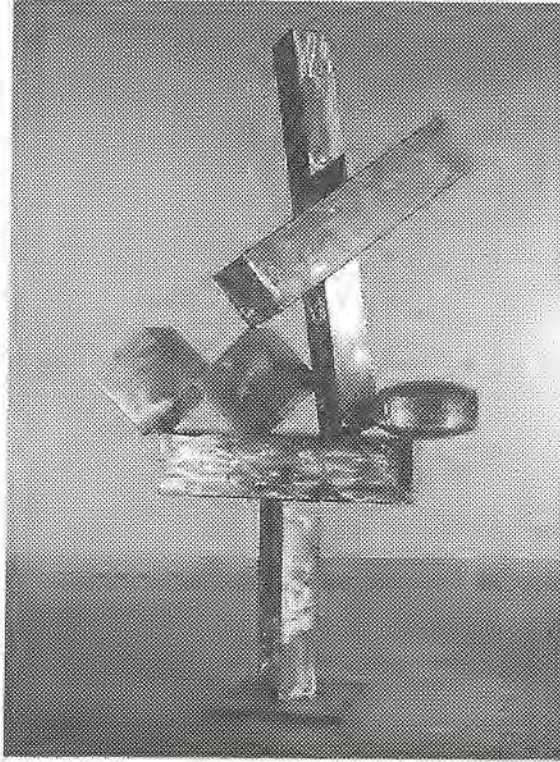
En definitiva, si tuviéramos que determinar las palabras clave de esta reforma las mismas parecerían ser las siguientes: competencia, control de costos, profesionalización de la administración de Salud, satisfacción del paciente, control de calidad de la prestación, presión financiera para los pagadores y por supuesto privatización de la Salud.

Pero en realidad desde su inicio la reforma, que parecía un cambio radical y de aplicación inmediata, se ha ido enlenteciendo y en muchas oportunidades se ha utilizado más como una herramienta política de presión sobre la dirigencia sindical que como herramienta de administración de Salud. De cualquier forma varias cosas han ido sucediendo desde la promulgación de la ley y se podría decir que nos encontramos en mitad de las aguas en la transformación de nuestro Sistema de Salud sólo que aún desconocemos a qué orilla vamos a arribar.

Internacionalmente aparecen nuevas disciplinas como la Economía de la Salud y el *Disease Management* que colaborarían en la gestión de Salud.

La Farmacoeconomía es un método de investigación que analiza los beneficios clínicos y costos de una intervención médica con el objetivo de comparar alternativas.

*Disease Management* (y nos disculpamos por mantener la denomi-



nación inglesa pero es la normalmente utilizada aún en castellano) es una metodología de manejo de una determinada enfermedad que integra todos los componentes de su diagnóstico y tratamiento para obtener el mejor resultado terapéutico al costo más efectivo.

Más adelante volveremos sobre las definiciones y ampliaremos estos conceptos, pero antes debemos detenernos en el análisis de la aplicabilidad de estas disciplinas de nuestro contexto.

Si tuviéramos que definir el actual escenario de la Salud en la Argentina deberíamos puntualizar los siguientes hechos: la información en Salud no está disponible; no existe, o es absolutamente escasa; desconocemos tanto datos de prevalencia e incidencia de muchas patologías como sistemáticas más habituales de diagnóstico y tratamiento, resultados de las intervenciones médicas realizadas, así como costos de medicina especializada, procedimientos diagnósticos, internación, etc., tanto en general como para enfermedades indivi-

duales. La reforma del Sistema de Salud, tal como lo hemos discutido, aún no está aplicada. La transferencia de las decisiones en Salud hacia el pagador se ha producido por presiones de tipo económico y no porque ellos hayan demostrado ser los mejores decisores y estar capacitados para hacerlo desde el punto de vista médico; de hecho hasta el momento los pagadores han exigido esencialmente control de costos y no mejoría de calidad.

En conclusión si imaginamos que la profesionalización de la administración de la Salud es una escalera con tres niveles sucesivos—el primero la administración de costos, el segundo la administración de la atención de la enfermedad y el tercero la administración de la Salud—podríamos decir que en la

Argentina recién nos estamos acercando al escalón inicial.

Ahora cabe preguntarse: ¿es posible desarrollar programas en Farmacoeconomía y *Disease Management* en ausencia de un entorno establecido de administración de Salud?; personalmente respondería que probablemente no serían factibles "programas" de Farmacoeconomía y *Disease Management* pero sí acciones de ambas disciplinas que nos acerquen a una manera más racional y profesional de administrar Salud.

### Farmacoeconomía

Vamos a concentrarnos ahora en el análisis de la disciplina denominada Farmacoeconomía; dijimos que es un método de investigación que analiza todos los beneficios clínicos obtenidos y los costos implicados en una intervención médica, sea esta diagnóstica o terapéutica, con el esencial objetivo de comparar alternativas. Dicho en otras palabras, estamos hablando



de protocolos de investigación clínica comparativos que no sólo pretenden definir cuál es la metodología diagnóstica o terapéutica de mejores resultados clínicos sino también evaluar el costo-beneficio de la misma. De hecho si tuviéramos que ponerle un nombre al "juego" de la economía en Salud yo diría que es "valor recibido a cambio del dinero invertido", por supuesto referido al acto médico.

Cuando hablamos de costos nos estamos refiriendo a lo siguiente:

- **Costos médicos directos:** ej., institucionales o domiciliarios en el cuidado de los pacientes.

- **Costos no médicos directos:** ej., transporte hacia y desde el punto en que se prestan los Servicios de Salud.

- **Costos indirectos:** ej., pérdida de productividad en el trabajo.

- **Costos inmateriales:** ej., ansiedad, dolor.

En el caso de los beneficios la farmacoeconomía se concentra especialmente en cuatro resultados: *eficacia, efectividad, calidad de vida y sobrevida*.

Ahora bien si el objetivo esencial es conocer el valor que hemos obtenido a cambio del dinero invertido debemos clarificar a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de valor.

Valor es el resultado de la ecuación costo-beneficio o para ponerlo en términos matemáticos:

$$\text{Valor} = \text{Costo/Beneficio}$$

El gran tema es cómo incluir en un análisis de tipo matemático beneficios que no pueden ser medidos numéricamente; para ello se utilizan una serie de métodos que describiremos brevemente.

- **Análisis de minimización de costos:** se utiliza cuando los resultados de dos tratamientos son iguales pero la forma de administración es diferente; por ej. oral vs. IV y por ende los costos implicados también.

- **Relación Costo/Efectividad:** Compara dos tratamientos diferentes cuyos resultados son los mismos; ej., N° de pacientes curados en ambos tratamientos o grado de disminución de la presión arterial. El análisis se realiza con la siguiente fórmula:

Costo total para el grupo A/N° de casos curados A = costo en \$ por caso curado A.

Costo total para el grupo B/N° de casos curados B = costo en \$ por caso curado B.

Resultado = costo en \$ caso curado A vs costo en \$ caso curado B.

Es el método más utilizado.

- **Relación Costo/Beneficio:** Compara dos tratamientos diferentes cuyos resultados son diferentes, ej.: diálisis vs trasplantes renales. El método exige que todos los resultados sean expresados en valores monetarios por lo cual la mayor dificultad es convertir unidades naturales (años de vida o casos curados) en un valor pesos; esto lo hace un método técnicamente engorroso por lo cual es poco utilizado a pesar de su indiscutible ventaja de comparar alternativas con diferentes resultados.

- **Relación Costo/Utilidad:** es el primer método que no mide beneficios económicos sino utilidad para el paciente. Se trabaja sobre una escala de utilidad que otorga valor 1 al perfecto estado de salud y valor 0 a la muerte; entre ambos se colocan los diferentes resultados de los tratamientos médicos con valores que van de 0,1 a 0,9; por ej. a la depresión se le otorga un valor utilidad = 0,1 y a la diálisis utilidad = 0,7. Si una droga agrega 10 años de vida pero deja al paciente deprimido, esos 10 años se multiplican por el factor de corrección de la depresión 0,1 y entonces el resultado es que el tratamiento en cuestión agrega solamente 1 QALY (calidad de vida en años). En el caso de la diálisis se ajustan 10 años de vida por el factor 0,7 siendo entonces el resultado 7 QALY.

Como dificultades del método podemos mencionar lo trabajoso de obtener los valores de utilidad sobre la base de los estudios clínicos y el hecho de que no existen criterios estándar para la medición QALY; pero sin duda es un método cada vez más popular por tomar en consideración la utilidad real y las preferencias del paciente.

- **Análisis de calidad de vida:** los estudios de calidad de vida se basan en complejos cuestionarios que se realizan al paciente con el objetivo de medir la percepción que tiene el mismo sobre el tratamiento en cuestión. Simplificando el asunto podríamos decir que medir la calidad de vida es formalizar y cuantificar una respuesta clara a una simple pregunta: ¿Usted cómo se siente?

En definitiva la farmacoeconomía es una metodología de relativamente compleja implementación pero de indudables beneficios ante la toma de decisiones terapéuticas en medicina.

## Disease Management

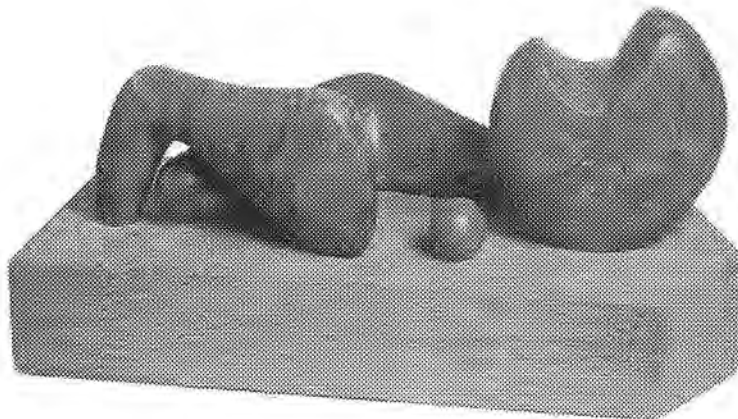
Parfraseando a Mr. Edward Roberts podemos decir que el *Disease Management* es como el sexo en la adolescencia: todos hablan de él, todos piensan que todos lo están haciendo, poca gente en realidad lo hace y aquellos que los están haciendo lo están haciendo mal.

Poniéndonos un poco más serios vamos a regresar a su definición.

*Disease Management* es una metodología de manejo de una determinada enfermedad que integra todos los componentes de su diagnóstico y tratamiento para obtener el mejor resultado terapéutico al costo más efectivo.

Esta metodología opera sobre una serie de *principios* que son:

- Obtener el mejor resultado clínico al mejor costo.
- Estandarizar sobre la base de la buena práctica médica.



- Analizar todas las etapas de abordaje de una enfermedad.

- Medir resultados clínicos y económicos.

- Utilizar toda esa información para incrementar la calidad de atención médica.

A esta altura creemos que valdría la pena marcar las diferencias entre las dos disciplinas que estamos analizando. La Farmacoeconomía se concentra en el análisis comparativo de los resultados terapéuticos y costos de una intervención médica aislada, mientras que el *Disease Management* (que utiliza a la Farmacoeconomía como herramienta) es un complejo proceso que pretende analizar todas las intervenciones realizadas en una determinada enfermedad (desde el *screening* y prevención hasta el diagnóstico y tratamiento) con el fin de hallar la metodología global de manejo de dicha patología que asegure la obtención del mejor resultado clínico disponible en el momento y a un costo global óptimo.

Vamos a describir los sucesivos *pasos del proceso* de *Disease Management* para clarificar aún más el concepto:

1. Mapear el actual manejo (prevención, diagnóstico, tratamiento, etc.) de la enfermedad en análisis.

2. Estimar los resultados clínicos y costos actuales.

3. Diseñar un algoritmo teórico

que nos permita optimizar esos resultados.

4. Aplicar en la realidad ese algoritmo generando un programa de manejo de la enfermedad.

5. Implementar dicho programa.

6. Medir los nuevos resultados y utilizar dicha información para mejorar el programa.

Como es de imaginar este es un proceso dinámico y que una vez puesto en marcha requiere de su revisión constante para poder evaluar, permanentemente, la necesidad de cambios en la estandarización del manejo de dicha enfermedad de acuerdo a la evaluación de resultados o debido a la aparición de nuevas metodologías de diagnóstico, tratamiento o prevención. Por supuesto, la implementación de estos programas requiere de una serie de *elementos clave*:

- Los programas de tratamiento y prevención de una enfermedad deben ser enfocados esencialmente desde el punto de vista de la Salud Pública incluyendo a toda la población y no desde estratos poblacionales con acceso a medicina diferencial.

- Las metodologías de *screening*, diagnóstico y monitoreo son vitales para el método.

- De aplicarse correctamente surgirán lineamientos terapéuticos estandarizados.

- Son necesarios para el éxito del proceso programas de *compliance*

para pacientes y educación para profesionales de la Salud.

- Los procesos de evaluación de resultados y la disponibilidad de información completa y tecnología informática son básicos y sin ellos no se puede pensar en implementar programas de *Disease Management*.

En conclusión el *Disease Management* es una metodología de muy compleja implementación y seguimiento pero que muchos países están interesados en poner en marcha, pues, hasta el momento, es la herramienta más profesional y completa para la estandarización del manejo global de las enfermedades.

### Farmacoeconomía y *Disease Management* en Salud Mental

Las patologías mentales se encuentran entre las enfermedades crónicas más frecuentes y por ende entre las que utilizan significativos porcentajes de los recursos en Salud existentes.

Esta es la principal razón por la cual, internacionalmente, el área de la Salud Mental es en la actualidad de alto interés para la farmacoeconomía y el *Disease Management*.

Para ilustrar este punto permítasenos transcribir algunos párrafos de trabajos científicos recientes sobre el tema.



• **Optimización del manejo de los desórdenes de la conducta asociados a la demencia**

Los desórdenes de la conducta ocurren con gran frecuencia en pacientes con demencia y son la principal causa de internación de estos pacientes. Los trastornos de conducta en demencia ocurren debido a enfermedades físicas, efectos adversos del tratamiento farmacológico, cambios en el ambiente del paciente, síndromes psiquiátricos (ej.: depresión, delirio o psicosis) o por la evolución de la demencia en sí misma. Este artículo resume el uso de diferentes medicaciones psicoactivas utilizadas en los disturbios de la conducta más habituales como agitación, psicosis, depresión y trastornos del sueño, intentando dar una guía general sobre su utilización, dosificación, efectos adversos potenciales y duración de la terapia como paso inicial a un programa de *Disease Management* de estos cuadros (2)

• **Depresión y Salud Pública**

Una revisión de su impacto económico. El control presupuestario implementado plantea el problema de preservar la calidad del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. Solamente los estudios farmacoeconómicos que evalúan las posibles estrategias terapéuticas parecerían capaces de reconciliar los dos términos de la ecuación aparentemente contradictorios. Esto es particularmente cierto en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y especialmente la depresión. Las políticas de control presupuestario no pueden reducirse a la simple administración de la penuria, teniendo en consideración que el tratamiento más barato no es necesariamente el más rentable. En este contexto se han propuesto nuevas estrategias: se ha sugerido que en los cuadros depresivos, el diagnóstico y el temprano y óptimo tratamiento, con la duración adecuada, resultan en la actitud más económica en el manejo de esta enfermedad. Por otro lado,

el impacto del tratamiento en la calidad de vida del paciente, tiene efectos directos sobre los costos si se consideran las medicaciones asociadas y el déficit social inducido por el fracaso terapéutico. Sin duda la evaluación farmacoeconómica de la depresión es difícil debido a la complejidad de los parámetros implicados, pero existen programas de evaluación bien desarrollados en Inglaterra y EE.UU. y se están implementando en Francia (4, 5).

• **Desarrollo de una metodología para evaluar la mayor o menor necesidad de servicios psiquiátricos por región con el objetivo de utilizarlo para la redistribución de recursos**

El índice de evaluación se desarrolló sobre la base de seis variables de salud y socioeconómicas y a sido puesto en marcha en Inglaterra(8).

• **Trastornos de pánico: relación con alta utilización de recursos médicos, costos**

A través de estudios epidemiológicos se ha llegado a la conclusión de que los Trastornos de pánico son la primer causa de morbilidad y de inusual incremento de la utilización de los recursos médicos. Debido a que muchos de sus síntomas simulan otras enfermedades clínicas los pacientes son sometidos a prolongados y costosos procedimientos diagnósticos.

El correcto diagnóstico clínico es la principal herramienta para reconocer estos cuadros e iniciar un adecuado tratamiento que prevenga innecesarios costos para el paciente y los Sistemas de Salud(3).

• **Un sistema de evaluación económica en psiquiatría**

Este artículo describe una herramienta de administración el "Value Accounting System" que integra casos clínicos tipo con datos de los servicios utilizados, elementos de administración, procesos clínicos, efectividad clínica y costo/precio; con dos objetivos esenciales: llegar a conclusiones generales sobre efec-

tividad y beneficio de los servicios psiquiátricos y proveer una base empírica para la toma de decisiones clínicas(1).

• **Modelos para reformular los sistemas de Salud Mental ofrecidos a poblaciones con desordenes complejos**

La reforma de Salud en EE.UU. ha dado nuevos ímpetus para definir mejor la efectividad clínica y los modelos costo-sensitivos en Salud Mental. Este artículo revé los tratamientos comunitarios asertivos utilizados para adultos con enfermedades mentales severas y la terapia multisistémica utilizada para adolescentes con disturbios emocionales serios(7).

• **Estudio farmacoeconómico sobre el uso asociado de pindolol y fluoxetina en la depresión**

La depresión severa afecta a más del 5% de la población convirtiéndose en un serio problema tanto en el ámbito de la Salud como en el de la economía. A esto debemos adicionar el hecho de que el tratamiento antidepressivo tradicional es efectivo en menos de dos tercios de los pacientes. En este trabajo se analizan los beneficios clínicos y farmacoeconómicos de un tratamiento asociado en pacientes con depresión(6).

**Conclusiones.**

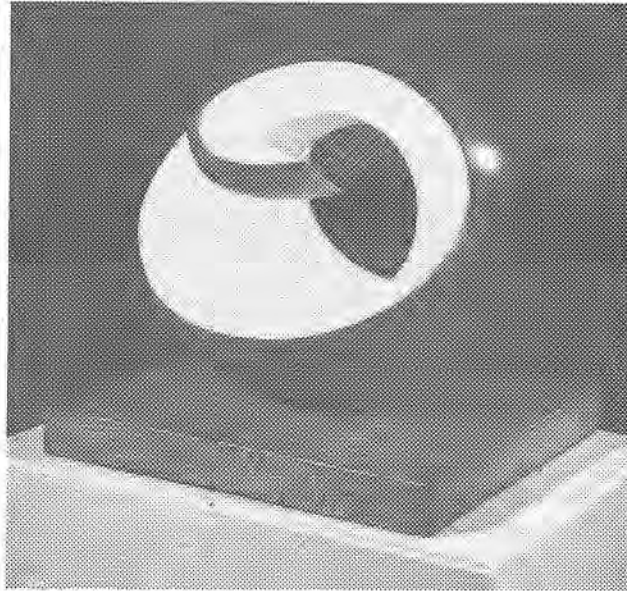
Hemos analizado dos disciplinas que requieren de un abordaje integral, el objetivo de controlar costos y conjuntamente mejorar la calidad de atención médica requiere manejar al mismo tiempo todos los elementos implicados, se podría decir que casi con una visión holística, pero sin olvidar o quizá mejor dándole una importancia esencial a las reservas éticas que impiden transformar el acto del cuidado de la Salud en una simple ecuación financiera.

Tomando algunas ideas del artículo editorial del *American Journal*



of *Psychiatry* de agosto de 1995 vamos a ampliar este punto. La relación médico-paciente es un contrato moral entre el paciente (del griego "phatos" sufrimiento) que es alguien que sufre cierta enfermedad y el médico que es una persona entrenada que usa su conocimiento para beneficiar a otros.

Cuando transformamos al paciente en cliente y al médico en proveedor y nos concentramos en políticas de estricto control de costos estamos dejando de lado la esencia del acto médico, por ello disciplinas como las que hemos discutido en estas páginas deben estar sustentadas primariamente en la optimización de los resultados clínicos y no en la racionalización de recursos, esto último debería ser el resultado lógico de la correcta aplicación de



estas metodologías y no su objetivo primario.

Por otro lado deberíamos preguntarnos como sociedad si consideramos que la salud y la educación son meramente gastos o pueden ser considerados inversiones. Países co-

mo Islandia, Noruega, Finlandia, Suecia o Suiza, han elegido poseer altísimos índices de educación y Sistemas de Salud de excelencia para toda su población. También debemos mencionar el caso de Japón que se recuperó de una guerra y dos bombas atómicas debido a la decisión de invertir en la educación y la salud de su pueblo y que gracias a ello es actualmente una de las naciones con más alto estándar de vida del mundo.

En este contexto la Farmacoeconomía y el *Disease Management* son dos técnicas que complementan a la ciencia médica y que ayudan en la toma de decisiones pero que de ninguna manera pueden reemplazar la responsabilidad del acto médico en lo particular o las decisiones estratégicas de las sociedades en lo general ■

#### Referencia bibliográficas

1. Butler S. F., Docherty J. P., A comprehensive system for value accounting in psychiatry. *J. Ment. Health Adm.*, 1996. 23 (4) p. 479-91.
2. Class C. A., Schneider L., Farlow M. R., Optimal management of behavioural disorders associated with dementia. *Drugs Aging (New Zealand)*, feb. 1997. 10 (2) p. 95-106.
3. Katon W. J., Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *Clin. Psychiatry*, 1996. 57 suppl. 10 p. 11-8.
4. Martin P., Depressive disorders and public health: a review of the economic impact. *Encephale*, sept-oct. 1996. 22 (5) p. 321-30.
5. Mazurek J., Kiejna A., Cost analysis of treating depression. *Psychiatr. Poland*, en-feb. 1996. 30 (1) p. 87-98.
6. Perez V., Gilaberte Y., Faries D., Al-

varez E., Artigas F., Randomised, double-blind, placebo-controlled trial of pindolol in combination with fluoxetine antidepressant treatment. *Lancet*, may. 1997. 349 (9065) p. 1594-7.

7. Santos A. B. et al., Research on field-based services: models for reform in the delivery of mental health care to population with complex clinical problems. *Am J. Psychiatry*, ago. 1995. 152 (8) p. 1111-23.

8. Smith P., Sheldon T. A., Martin S., An index of need for psychiatric services based on in-patients utilization. *Br. J. Psychiatry*, sep. 1996. 169 (3) p. 308-16.

#### Literatura recomendada

Andreasen N. C., Clients, consumers, providers, and products: Where will it all

end?, *Am J. Psychiatry*, agos. 1995. 152 (8) p. 1107-9.

Coyle D., Drummond M. F., Does expenditure on pharmaceuticals give good value for money?, *Health Policy* 26, 55-75. 1993.

Drummond M. F., Methodological principles for economic evaluation of pharmaceuticals, *British J. of Medical Economics*, 1993, 6B, 1-18.

Eastaugh S., *Health Economics, Efficacy, Quality and Equity*. Auburn House, London, 1992.

Eastaugh S., *Health Care Finance, Economic Incentives and Productivity Enhancement*. Auburn House, London, 1992.

Kaplan R., Quality of life instruments in the evaluation of new drugs, *Pharmacoeconomics* 1 (2), 84-93, 1992.

Mooney G., *Economics, Medicine and Health Care* (2nd ed.), Harvester Wheatsheaf, 1992.

# Perfil profesional de los Ex-Residentes de Salud Mental



Martín Agrest  
Claudia Arin  
Claudia Greco  
Martín Nemirovsky  
Alejandro Vainer

Lic. en Psicología, Ex- Residente Hosp. "Alvear" (1990/94)

Lic. en Psicología, Ex- Residente de RISAM (1987/91)

Lic. en Psicología, Ex- Residente Hosp. "Alvear" (1991/95)

Médico Psiquiatra, Ex- Residente Hosp. "Alvear" (1990/94)

Lic. en Psicología, Ex- Residente de RISAM (1989/93)

Coronel Díaz 2760 3° C, 1425 Buenos Aires.

Tel.Fax: 802-5380. e-mail: grecoagrest@interlink.com.ar<sup>1</sup>

## Introducción

Las Residencias de Salud Mental se han ido multiplicando desde el advenimiento de la democracia (en 1983) hasta que, a partir de 1995, muchas de ellas comenzaron a cerrarse o a disminuir sus vacantes. Entre 1990 y 1994, a partir del relevamiento que realizamos en el presente trabajo, sólo en el Área Metropolitana, finalizaron sus Residencias 280 psicólogos y psiquiatras. La ausencia de datos sobre el destino de estos profesionales formados en el ámbito público demuestra desorganización, fal-

ta de criterios y anarquía en el manejo de los recursos formados.

Una gestión que no contemple en su planificación la evaluación y el destino de los recursos en los cuales invirtió, estaría faltando a los principios básicos de cualquier planificación, convirtiéndose cuanto menos en negligente e ineficiente.

Por ello consideramos que es necesario contribuir en alguna medida con una evaluación para aportar elementos que permitan pensar la capacitación en las Residencias. Pensamos que es fundamental trazar un perfil de profesional de los egresados de las Residencias y de

## Resumen

Con el propósito de estudiar el destino de los profesionales formados por el Estado bajo el sistema de Residencias de Psicología Clínica y de Psiquiatría, se encuestó por correo a los 280 egresados entre los años 1990 y 1994 del Área Metropolitana. Fueron 93 los ex-Residentes que contestaron dicha encuesta sobre su inserción laboral y profesional. Los resultados muestran un porcentaje del 32% de ex-Residentes que permanecieron rentados en hospitales y/o centros de salud, escasas diferencias según el año de egreso, y diferencias significativas respecto de algunos aspectos demográficos entre hombres y mujeres, extendiéndose los mismos a los ingresos y a las horas de trabajo clínico. También se hallaron diferencias significativas entre los médicos y los psicólogos. Se destaca el lugar de estos datos para el monitoreo de las inversiones en capacitación de recursos humanos en salud mental.

**Palabras Clave:** Residentes - Inserción profesional - Ingresos - Género - Psiquiatras - Psicólogos Clínicos

## ACTUAL PROFESSIONAL POSITIONS OF FORMER MENTAL HEALTH RESIDENTS Summary

280 Residents finished their training as Clinical Psychologists or Psychiatrists in the Area Metropolitana between 1990 and 1994. With the purpose of studying their actual professional situation a survey was sent to all of them, getting back the answer of 93 former Residents. The results show that: a) on 32% were able to stay working at a Hospital or a Mental Health Center, b) there are scarce differences among promotions and, c) there are significative differences between men and women in some demographic aspects, annual income and total hours of clinical work. Besides the gender difference it showed up a significative distinction between psychiatrists and psychologists. It is highlighted the importance of these data for a rational planification of mental health agents education.

**Key Words:** Residents - Incomes - Gender analysis - Psychiatrists - Clinical Psychologists - Professional insertion.

qué manera se han insertado en el campo laboral. Nos guste o no, su perfil e inserción actual son los que resignifican, en buena medida, el sentido de la capacitación que ellos tuvieron.

## Hipótesis iniciales

En la confección de la encuesta diseñada para este estudio partimos de algunos supuestos a confirmar:

a. que progresivamente, entre 1990 y 1994, los Residentes fueron teniendo cada vez menos posibilidades de permanecer en los hospitales y centros de salud de modo rentado, representando en total un bajo porcentaje del conjunto de ex-Residentes;

b. que muchos se habían visto forzados a trabajar en otras áreas ante la percepción de bajas remuneraciones y la falta de ofertas laborales en la especialidad;

c. que la modalidad de atención predominante era de forma individual, ambulatoria, con adultos y con un marco de trabajo psicoanalítico;

d. que las transformaciones del Sistema de Salud llevaron a que la consulta de la población que solía consultar a los profesionales "psi" en el Consultorio Privado, había cambiado a un predominio de atención por Obra Social (OS) o Prepagos (PP).

e. que las transformaciones de la demanda privada habrían producido que los ingresos de los profesionales bajaran inclusive por debajo del último sueldo de Residentes;

f. que existían diferencias entre médicos y psicólogos, respecto a la situación profesional de unos y otros.

## Método

Dado que primero debimos averiguar cuántos y quiénes eran los ex-Residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica que habían finali-



zado su Residencia entre 1990 y 1994, nos comunicamos telefónicamente con las personas que conocíamos actualmente de cada hospital y reconstruimos con nombre, apellido y teléfono las camadas de los distintos años de cada una de las Residencias. Pudimos constatar que entre esos años, 280 Residentes completaron su formación en 10 hospitales de la Capital Federal y 6 del Gran Buenos Aires.

Habiendo determinado la población, procedimos a llamarlos por teléfono para conocer sus direcciones y enviarles por correo una encuesta. La misma era anónima y tenía un sobre con la respuesta postal paga, para que no tuviera costo económico para los encuestados.

El llamado telefónico se hizo con la siguiente consigna: "Somos un grupo de ex-Residentes que estamos haciendo un trabajo de investigación sobre la inserción profesional de la gente que se formó como psiquiatra o psicólogo clínico en los hospitales públicos del Area Metropolitana y terminó su Residencia entre los años 1990 y 1994. Para eso queremos enviarte una encuesta y necesitamos tu dirección".

A finales del mes de abril de 1997 enviamos las encuestas a 258 ex-Residentes. De los 280 originales, supimos que dos habían fallecido en el transcurso de estos últimos años, uno estaba mal de salud (lo que nos dejaba en 277 ex-Residentes encuestables); los 18 restantes no pudieron ser ubi-

**Tabla 1**  
*ex-Residentes 90-94 por sexo y profesión (N= 280)*

	Femeninas		Masculinos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médicos	79	52	72	48	151	100
Psicólogos	93	72	36	28	129	100
Total	172	61	108	39	280	100

**Tabla 3**  
*ex-Residentes 90-94 por sexo, profesión y año de egreso*

	1990		1991		1992		1993		1994		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
médicas	10	3,5	18	6,4	15	5,4	19	6,8	17	6,1	79	28,1
psicólogas	8	2,9	13	4,6	27	9,6	20	7,1	25	8,9	93	33,2
médicos	15	5,4	15	5,4	15	5,4	16	5,7	11	3,9	72	25,7
psicólogos	1	0,3	6	2,1	7	2,5	10	3,6	12	4,3	36	13,0
Totales	34	12,1	52	18,6	64	22,9	65	23,2	65	23,2	280	100

**Tabla 5**  
*ex-Residentes ubicados por sexo, profesión y año*

	1990		1991		1992		1993		1994		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
médicas	6	6,5	1	1,1	4	4,3	3	3,2	2	2,2	16	17,2
psicólogas	3	3,2	4	4,3	9	9,6	10	10,8	9	9,7	35	37,6
médicos	4	4,3	10	10,8	2	2,2	8	8,6	1	1,1	25	26,9
psicólogos	0	0	2	2,2	3	3,2	6	6,5	6	6,5	17	18,3
Totales	13	14,0	17	18,3	18	19,4	27	29,0	18	19,4	93	100

**Tabla 4**  
*ex-Residentes encuestados por lugar en que viven (N= 258)*

	N	%
viven en Cap. Fed.	191	74
viven en Gran BA	43	17
viven en resto de Arg.	10	4
viven en el extranjero	14	5
Totales	258	100

**Tabla 2**  
*ex-Residentes 90-94 por lugar donde hicieron la Residencia*

	N	%
ex-Residente de la Cap. Fed.	149	53,2
ex-Residente de la Prov BA	131	46,8
Total	280	100





**Tabla 6**  
**Zona de la Residencia y lugar donde viven**

	F	M	Totales
médicos	16	25	41
psicólogos	35	17	52
ex-Residente de la Cap. Fed.	24	23	47
ex-Residente de la Prov. BA	27	19	46
viven en Cap. Fed.	37	25	62
viven en Gran BA	9	10	19
viven en Resto de Arg.	2	5	7
viven en Resto del mundo	2	3	5

**Tabla 8**  
**Estado civil**

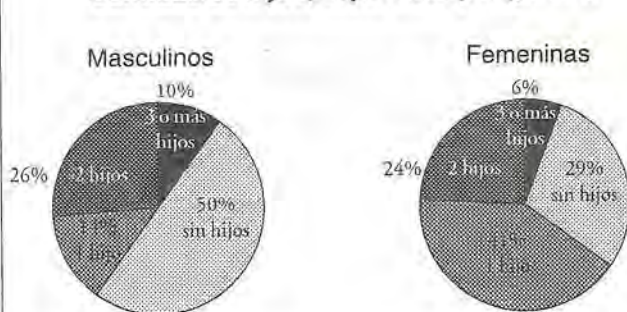
	Casados	Solteros	Unidos de hecho	Divorciados	Separados de hecho
médicos	26	5	6	4	0
psicólogos	32	9	3	3	5
Totales	58 (62,4%)	14 (15,1%)	9 (9,7%)	7 (7,5%)	5 (5,4%)

**Tabla 9**  
**Tienen o no hijos según género**

Hijos	Femeninas		Masculinis		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	36	71	21	50	57	61
No	15	29	21	50	36	39
Total	51	55	42	45	93	100

Mediante la prueba de homogeneidad Ji cuadrado, con un nivel de significación del 5%, se detectan diferencias significativas entre la proporción de mujeres que no tienen hijos y la de hombres que tampoco tienen<sup>1</sup>.

**Gráfico 1**  
**Cantidad de hijos, separados por género**



cados con su dirección precisa. En consecuencia, si bien conseguimos saber el paradero de 265 ex Residentes (un 95% del total) sólo le mandamos la encuesta a 258 (92%).

La encuesta tenía dos partes. Una referida a la situación actual del ex-Residente y otra respecto a su visión de la Residencia. La primera parte se refería al lugar donde vive y trabaja, el tipo de actividad que desempeña, las horas dedicadas, la remuneración percibida y en el caso de dedicarse al área clínica preguntas específicas sobre dicha práctica (modalidad, tipo de centro y de pacientes asistidos, etc.). La segunda parte será presentada y analizada en un próximo trabajo.

**Resultados**

De las 258 encuestas enviadas, recibimos la respuesta de 96 ex-Residentes, de los cuales tres lo hicieron sin contestarla. De los 93 restantes (el 36% de los que recibieron las encuestas) puede observarse su composición por año de egreso en la tabla Tabla 5.

Se detallan algunas características demográficas de la población que respondió la encuesta (Tablas 6 a 9 y Gráfico 1).

**Ocupación**

En primer lugar, se evaluó a los ex-Residentes de acuerdo a su inserción laboral dentro/fuera de la profesión y dentro/fuera de la especialidad adquirida en la Residencia. Consideramos que ésta era la de Médico Psiquiatra/Psicólogo Clínico.

Trabajan exclusivamente en la

**Tabla 7**  
**Edad**

	F	M	Totales
médicos	34,9	35,4	35,2
psicólogos	33,2	34,2	33,5
Totales	33,7	34,9	34,3



**Tabla 10**  
**Trabajan exclusivamente en la especialidad según profesión**

	N	%
médicos	34	82,9
psicólogos	33	62,5

Según la prueba de homogeneidad Ji cuadrado con un nivel de significación del 5%, se detectan diferencias significativas entre la proporción de médicos y psicólogos que trabajan únicamente en la especialidad.

especialidad 34 médicos y 33 psicólogos (el 82,9% y 62,5% respectivamente) (Tabla 10).

Si bien 7 ex-Residentes (todas mujeres) dijeron tener *motivos personales* que afectan su capacidad de trabajo (lo más frecuente por nacimiento reciente de algún hijo), sólo uno (pero que no adujo motivos personales) no tiene trabajo. En la Tabla 11 puede apreciarse la cantidad de profesionales según su inserción en las distintas áreas de cobertura.

**Trabajo hospitalario**

(Tablas 12 y 13, y Gráfico. 2).

**Formas de trabajo**

Se indagó el tipo de población, abordajes y dispositivos de atención con el que trabajan los ex-Residentes (Tablas 14, 15 y 16 y Gráficos 3, 4 y 5).

**Cantidad de pacientes**

Discriminamos la cantidad de pacientes que atendían según cobertura (Tablas 17 y 18).

Los 594 pacientes atendidos mediante OS y/o PP representan

**Tabla 11**  
**Cantidad de profesionales según tipo de inserción<sup>2</sup>**

	Hospital	OS	PP	Instit. Priv.	OS y/o PP	Cons. Priv.
médicos	18	10	10	16	17	33
psicólogos	12	9	10	8	17	42
Totales	30	19	20	24	34	75
	(32,3%)	(20,4%)	(21,5%)	(25,8%)	(36,6%)	(80,6%)

**Tabla 12**  
**Trabajan en hospital y/o centro de salud según sexo, profesión y lugar de Residencia**

	Masc.	Fem.	Prov	Cap	Totales [n (%)]
médicos	11	7	8	10	18 (44%)
psicólogos	5	7	10	2	12 (23%)
Totales [n (%)]	16	14	18	12	30 (32%)
	(38%)	(27%)	(39%)	(26%)	

Según la prueba de homogeneidad Ji cuadrado, con un nivel de significación del 5%, no se detectan diferencias significativas entre la proporción de mujeres y hombres que trabajan en hospital y/o centros de salud, así como tampoco entre quienes hicieron su Residencia en la Capital Federal o la Prov. de Buenos Aires. En cambio, sí se detectan diferencias significativas entre la proporción de médicos y la de psicólogos.

**Tabla 13**  
**Profesionales que trabajan en hospital y/o centro de salud por año de egreso**

	1990	1991	1992	1993	1994
médicos	3 (30%)	7 (64%)	3 (50%)	4 (36%)	1 (33%)
psicólogos	0 (0%)	1 (17%)	2 (17%)	7 (44%)	2 (13%)



**Tabla 14**

**Grupo etario con el que trabajan**

Grupo etario con el que trabajan	Médicos				Psicólogos				Totales			
	si		no		si		no		si		no	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trab. con adultos	38	93	3	7	46	88	6	12	84	90	9	10
Trab. con adolesc.	22	54	19	46	42	82	10	18	64	69	29	31
Trab. con niños	11	27	30	73	29	56	23	44	40	43	53	57
Trab. con gerontes	22	53	19	47	4	8	48	92	26	28	67	72
Totales (N)	41				52				93			

Mediante la prueba de homogeneidad Ji cuadrado con un nivel de significación del 5%, se detectan diferencias significativas entre la proporción de psicólogos y médicos que trabajan con adolescentes, tanto como para los casos de trabajo con niños y gerontes.

**Tabla 15**

**Abordaje terapéutico utilizado**

Abordajes Terapéuticos	Médicos				Psicólogos				Totales			
	si		no		si		no		si		no	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abord. individual	40	98	1	2	50	96	2	4	90	98	3	2
Abord. familiar	16	39	25	61	14	27	38	73	30	32	63	68
Abord. pareja	9	22	32	78	10	19	42	81	19	20	74	80
Abord. grupo	7	17	34	83	10	19	42	81	17	18	76	82
Totales (N)	41				52				93			

Mediante la prueba de homogeneidad Ji cuadrado con un nivel de significación del 5%, no se detectan diferencias significativas entre la proporción de psicólogos y médicos que utilizan los distintos tipos de abordajes.

**Tabla 16**

**Dispositivos de atención**

Dispositivos de atención	Médicos				Psicólogos				Totales			
	si		no		si		no		si		no	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dispositivo ambulatorio	38	93	3	7	47	90	5	10	85	91	8	9
Dispositivo intercons.	12	30	29	70	14	27	38	73	26	28	67	72
Dispositivo guardia	16	39	25	61	4	8	48	92	20	22	73	78
Dispositivo internación	12	29	29	71	1	2	51	98	13	14	80	86
Dispositivo H. de Día	6	15	35	85	5	9	47	91	11	12	82	88
Dispositivo comunitario	1	2	40	98	5	9	47	91	6	6	87	94
Totales (N)	41				52				93			

Mediante la prueba de homogeneidad Ji cuadrado con un nivel de significación del 5%, sólo se detectan diferencias significativas entre la proporción de psicólogos y médicos que trabajan en los dispositivos de guardia e internación.

una proporción significativamente menor que los 764 atendidos privadamente (mediante prueba de hipótesis para una proporción, considerando que la proporción poblacional (P) es 0,50 [P = 0,50], al nivel de significación del 5%). La relación hallada es que cada 100 pacientes que se atienden en Consultorio Privado, hay 78 pacientes que se atienden por OS o PP (Tablas 18 y 19, y Gráfico 6).

**Tipo de prestación**

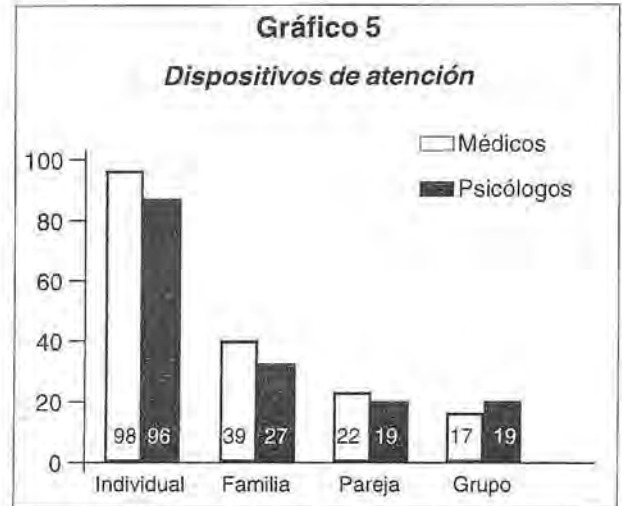
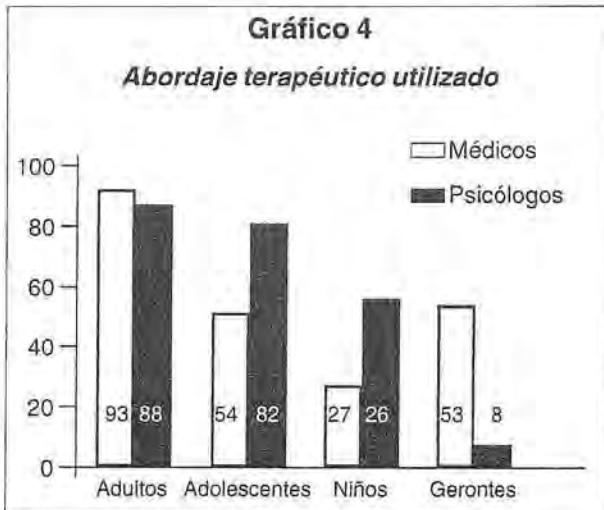
Ante opciones no excluyentes sobre el tipo de tratamiento que utilizan con sus pacientes, los ex-Residentes mencionan preferentemente el método psicoanalítico. Casi todos los médicos usan en determinado momento el tratamiento psicofarmacológico, pero dentro de las psicoterapias suelen privilegiar a la psicoanalítica. Entre los psicólogos, en cambio, el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas fueron los recursos más mencionados (Tabla 20).

**Turnos semanales**

Respecto de la cantidad de turnos semanales insumidos en el trabajo clínico, 29 no contestaron (por dedicarse a otras cosas o por haber dejado en blanco la pregunta). Para su presentación los dividimos primero por profesión y luego por sexo (Tablas 21 y 22).

Los médicos que no quieren trabajar más turnos trabajan, en promedio, 38.6 turnos semanales, mientras que los psicólogos trabajan 27.9 turnos semanales, siendo esta diferencia significativa (según prueba de diferencias de medias con un nivel de significación del 5%). En cambio, la cantidad promedio de turnos semanales no difiere significativamente entre médicos (24.9) y psicólogos (16.8) que sí quieren trabajar más (Tabla 21).

Las mujeres que no quieren trabajar más turnos trabajan, en pro-



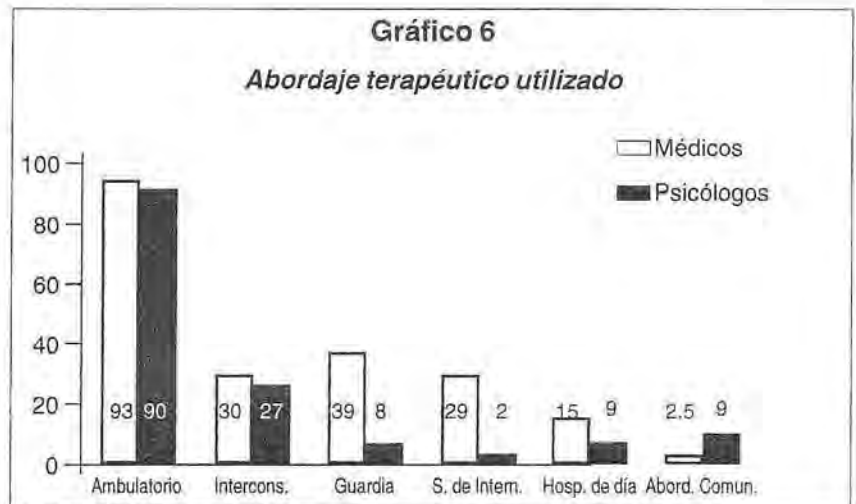
medio, 26.1 turnos semanales, mientras que los hombres trabajan 43.0 turnos semanales, siendo esta diferencia significativa (según prueba de diferencias de medias con un nivel de significación del 5%). En cambio, según la misma prueba estadística, la cantidad promedio de turnos semanales no difiere significativamente entre mujeres (16.0) y hombres (25.6) que sí quieren trabajar más (Tabla 22).

**Ingresos económicos**

Respecto de los ingresos percibidos hallamos importantes diferencias según sexo y profesión (Tablas 23, 24 y 25).

Mediante la prueba de diferencia de medias con un nivel de significación del 5%, se detectan diferencias significativas entre los ingresos medios de las médicas y de los médicos, siendo mayor el de los médicos. Igual conducta muestran los valores de las psicólogas y los psicólogos, siendo mayor el de los psicólogos. También hay diferencias significativas entre los médicos y los psicólogos varones. En cambio, no se detectan diferencias significativas entre los ingresos medios de las médicas y las psicólogas.

Mediante idéntica prueba y distinguidos por profesión únicamente, observamos que se detectan diferencias significativas en los ingre-



**Tabla 17**  
*Promedio de pacientes atendidos según cobertura*

	Médicos		Psicólogos		Resultado
	N	Media (D.E)	N	Media (D.E)	
Instit. Privada	8	64,4 (35,8)	8	13,1 (7,4)	D.S.
Obra Social	10	24,6 (21,9)	9	10,1 (10,7)	D.N.S.
Prepago	10	19,2 (11,5)	10	6,5 (7,4)	D.S.
Privados	33	14,3 (14,4)	42	6,9 (5,7)	D.S.

N= Cantidad de profesionales que atienden en ese subsector de cobertura  
 D.E.= Desvío estándar o variabilidad absoluta  
 D.S.= Diferencia significativa  
 D.N.S.= Diferencia no significativa

La prueba utilizada para el análisis de la significatividad de las diferencias fue la de diferencia de medias (con transformación estabilizadora de varianzas) con un nivel de significación del 5%.



**Tabla 18**  
**Cantidad de pacientes atendidos según cobertura**

	Instit. Priv.		Obra Social		Prepaga		Cons. Priv.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médicos	515	83	246	73	192	75	473	62
Psicólogos	105	17	91	27	65	25	291	38
Total	620	100	337	100	257	100	764	100

**Tabla 19**  
**Cantidad de pacientes atendidos en cada subsector de cobertura según profesión**

	Médicos		Psicólogos	
	N	%	N	%
Instit. Priv.	515	36	105	19
Obra Social	246	17	91	16
Prepaga	192	13	65	12
Cons. Priv.	473	34	291	53
Total	1426	100	552	100

Mediante la prueba de homogeneidad Ji cuadrado con comparaciones múltiples a un nivel de significación del 5%, se detectan diferencias significativas entre la proporción de pacientes atendidos por médicos y psicólogos para los dispositivos de Instituciones Privadas y Consultorio Privado (no así para OS ni PP).

**Tabla 21**  
**Turnos semanales según quieran trabajar más por profesión**

	Médicos		Psicólogos		Resultado
	N	Media (D.E.)	N	Media (D.E.)	
No	14	38,6 (11,3)	15	27,9 (13,8)	D.S.
Sí	13	24,9 (14,9)	22	16,8 (9,6)	D.N.S

**Tabla 20**  
**Tipo de prestación utilizada**

	médicos	psicólogos	Totales
psicofarmacológica	36	—	36
psicoterapia psicoanalít.	26	32	58
psicoterapia sistémica	3	7	11
psicoterapia cognitiva	4	1	5
psicoterapia otra	3	5	8
psicoanálisis	13	33	46

Los medios de ambas profesiones, siendo significativamente mayor el ingreso de los médicos (Tabla 24).

Haciendo la misma comparación según sexo (en vez de profesión) se detectan también diferencias significativas en favor de los varones (Tabla 25).

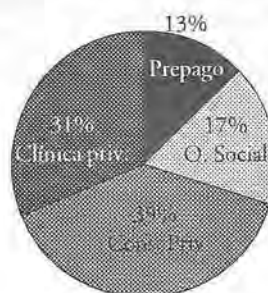
**Autores más influyentes**

Preguntados sobre los autores que más han influido en su trabajo, los ex-Residentes psicólogos contestaron en 43 oportunidades mientras que los médicos lo hicieron en 37. Los autores más mencionados son los que figuran en la Tabla 26.

**Discusión**

El inicio de la discusión no puede soslayar el porcentaje de respuestas obtenido, así como las dudas arrojadas sobre algún sesgo particular de quienes respondieron. Debe destacarse que quienes más contestaron la encuesta fueron los que viven en el interior del país: el 70% devolvió su encuesta. En cambio, el porcentaje más bajo de respuestas lo hallamos para los que viven en la Capital Federal (32%). Dicha diferencia resultó ser significativa según la prueba de homogeneidad Ji cuadrado con un nivel de significación del 5%. Incluso cuando avisamos a los ex Residentes del interior que su encuesta

**Gráfico 6**  
**Cantidad de pacientes atendidos en cada subsector de cobertura (porcentajes)**





sería tratada con absoluta reserva pero sería identificada por el origen del sobre en el que volvía la respuesta, éstos no dejaron de contestar. Inversamente, quienes más fácilmente conservarían su anonimato fueron quienes menos respondieron.

Creemos que si bien es habitual la influencia del investigador sobre lo investigado, nuestra condición de ex-Residentes seguramente puede haber condicionado muy especialmente las respuestas (haciendo que unos contestaran y otros dejaran de hacerlo o, incluso, alterando algunos datos en el llenado de las encuestas). Sospechamos que esta particularidad—sumada a la falta de costumbre para contestar encuestas y/o trabajos de seguimiento que no se enmarquen en campañas electorales, busquen réditos personales y/o persigan fines comerciales— ha determinado una menor tasa de respuesta y nos impide saber si el grupo que ha contestado reúne características distintivas respecto de quienes no lo hicieron. Asimismo, aun cuando no contamos con datos precisos sobre el porcentaje de Residentes que tuvieron funciones de jefe o instructor como para ponderar el resultado obtenido, el hecho de que el 57% de quienes hayan respondido hubieran tenido alguna de esas funciones nos hace sospechar que quienes cumplieron esta tarea fueron más sensibles a responder.

Quienes contestaron la encuesta mostraron que para quienes egresaron entre 1990 y 1994 no hay diferencias significativas respecto de la permanencia en los hospitales. El porcentaje de profesionales que permaneció en ellos al término de su formación como Residentes—un

**Tabla 22**  
**Turnos semanales según quieran trabajar más por sexo**

	Femeninas		Masculinos		Resultado
	N	Media (D.E.)	N	Media (D.E.)	
No	17	26,1 (10,2)	12	43,0 (11,5)	D.S.
Sí	21	16,0 (8,9)	14	25,6 (14,6)	D.N.S.

**Tabla 23**  
**Ingresos por sexo y profesión (en \$) <sup>4/5</sup>**

	Femeninas		Masculinos		Resultado
	N	Media (D.E.)	N	Media (D.E.)	
Médicos	14	2.124,3 (1784,9)	24	3.674,0 (1730,2)	D.S.
Psicólogos	28	1.213,1 (560,4)	12	2.327,5 (1064,5)	D.S.
Resultado		D.N.S.		D.S.	

32%— fue superior al que indicaba nuestra expectativa. Es cierto que los médicos lo han hecho significativamente con mayor frecuencia que los psicólogos (44% vs 23%). En cambio, no hubo diferencias significativas según si eran de la Provincia de Buenos Aires o la Capital (39% vs 26%), o si se trataba de varones o mujeres (38% vs 27%). Sin embargo, estas cifras pueden parecer exageradamente altas a la luz de lo que intuitivamente apreciamos que sucede de 1995 en adelante.

Los porcentajes de quienes trabajan únicamente dentro de la especialidad obtenida en la Residencia denotan una significativa diferencia según la profesión. Mientras que los médicos lo hacen en un 82,9% de los casos, los psicólogos sólo en un 62,5%. Además, los psicólogos cuentan con un 12% de casos en los que el desempeño es exclusivamente por fuera de la especialidad (por

ejemplo, en selección de personal o en una consultoría de recursos humanos, etc.) o de la profesión (literatura, negocios, etc.). Los médicos, en cambio, sólo cuentan con un 2,5% en esta situación (sin que esto llegue a mostrar diferencias significativas respecto de este último punto). Esta distribución permite inferir que la ocupación en áreas alejadas de la clínica, para la que los psicólogos fueran preparados a lo largo de los cuatro años de la Residencia (por no contar los años correspondientes a la Facultad), es más frecuente en esta profesión que en la de los médicos especializados en psiquiatría. No debe pasar inadvertido que el 37,5% de los psicólogos ocupa su tiempo parcial o totalmente en otras actividades.

Los que trabajan en la especialidad muestran que su labor es predominantemente en contextos ambulatorios (92%), con pacientes

**Tabla 24**  
**Comparación de los ingresos medios según profesión**

Profesión	N	Media (D.E.)
Médicos	38	3.081,3 (1894,9)
Psicólogos	40	1.547,5 (896,97)
Resultado		D.S.

**Tabla 25**  
**Comparación de los ingresos medios según sexo**

Sexo	N	Media (D.E.)
Femeninas	42	1.516,8 (1185,7)
Masculinos	36	3.202,2 (1667,9)
Resultado		D.S.



Tabla 26

**Autores más influyentes divididos por profesión****Médicos (veces - %)**

Freud (26 - 70%)  
 Lacan (14 - 38%)  
 Winnicott (6 - 16%)  
 Dolto (4 - 11%)  
 Kaplan (3 - 8%)  
 Kraepelin (3 - 8%)  
 Crow (3 - 8%)  
 Melanie Klein (2 - 5%)  
 Beck (2 - 5%)  
 Miller (2 - 5%)  
 Hugo Hirsch (2 - 5%)  
 H. Ey (2 - 5%)  
 Leonhard (2 - 5%)  
 Moizeszowicz (2 - 5%)  
 Bueno (2 - 5%)

Con 1: Piera Aulagnier, Watzlawick, Pichon Rivière, Iuorno, Goldar, Dvoskin, Kesselman, Marie Langer, Azcoaga, Ferreres, Alonso Fernández, Vallejo, Andreasen, Darwin, D. Klein, Lain Entralgo, Akiskal, Lieberman, Laplanche, Cummings, De Saazer, etc.

**Psicólogos (veces - %)**

Freud (40 - 93%)  
 Lacan (31 - 72%)  
 Winnicott (4 - 9%)  
 Miller (3 - 7%)  
 Piera Aulagnier (3 - 7%)  
 Nasio (3 - 7%)  
 Bateson (3 - 7%)  
 Bion (2 - 5%)  
 C. Soler (2 - 5%)

Con 1: Watzlawick, Pichon Rivière, Dolto, Hugo Hirsch, H. Ey, Silvia Bleichmar, Maldavsky, Bleger, Fiorini, Braier, Deleuze, Foucault, Mara Selvini, Fernández Couto, Campagna, Berenstein, Galende, Pearls, M. Erikson, Andolfi, Luis Hornstein, A. Aberastury, Indart, De Lajonquier, Tustín, Green, etc.

adultos (91%), en forma individual (97%) y con referentes teóricos psicoanalíticos (con algunas discrepancias por profesión en este último punto). Llama la atención el escaso 8% de psicólogos que trabaja con gerontes contra el 53% de médicos. Por el contrario, los psicólogos se desempeñan con niños y adolescentes más que los médicos.

Los abordajes terapéuticos con parejas y grupos (que rondan el 20% cada uno de ellos) son las prácticas menos frecuentes en manos de los ex-Residentes. Estas cifras no sorprenden a la luz de la menor relevancia que se les suele dar en la formación (7). Igual consideración merece el desempeño en abordajes comunitarios, de los que participan sólo un 2,5% de los médicos y un 9% de los psicólogos. Sin embargo, aun cuando en la Residencia sí se recibe preparación para el trabajo en sala de internación, guardia o interconsulta –en particular

los psicólogos– son pocos los que continúan ocupados en esos dispositivos asistenciales (2, 8 y 27%, respectivamente), revelándose diferencias significativas para la sala y la guardia según profesión.

Un 81% de los ex-Residentes trabaja en su consultorio privado, un porcentaje que representa entre tres y cinco veces más que el que lo hace en PP, OS e instituciones asistenciales privadas. Los médicos que atienden en privado tienen un promedio de 14,3 pacientes, mientras que los psicólogos –significativamente menos– un promedio de 6,9. A juzgar por la cantidad de profesionales que sostienen este tipo de práctica y el promedio de pacientes que ellos atienden, la consulta privada persiste como forma prevalente de consulta para nuestros encuestados. Los pacientes que ellos atienden son en un 39% privados y algo más de un 30% de PP u OS. Por las respuestas obtenidas no es posi-

ble afirmar que la consulta privada sea una modalidad en extinción en favor de las PP y OS. Debemos destacar la semejanza entre los distintos lugares donde trabajan los ex-Residentes (privado, PP, OS, hospital, etc.) y las expectativas que tenían los Residentes en una encuesta de 1994 realizada en sus Jornadas del Área Metropolitana del mismo año (1, 2). En ella surgía que de los que eran Residentes hasta hace pocos años, un 78% creía que trabajaría en privado, 44% en PP y/u OS, y 27% en instituciones asistenciales privadas. Ahora observamos que los porcentajes son 81%, 37% y 26% respectivamente. Donde sí hay una diferencia importante es entre las expectativas de trabajar en el hospital (64%) y, aunque se trate de otros ex-Residentes, los que finalmente lo hicieron (32%).

Con respecto a los autores que más han influido en los ex-Residentes sorprende la escasez de referentes psiquiátricos. No puede dejar de hacerse notar que: a) ningún psiquiatra recibió más de 3 menciones; b) los tres primeros autores son los mismos para ambas profesiones; c) los cuatro primeros mencionados por los psiquiatras son psicoanalistas; d) los psiquiatras argentinos contemporáneos fueron mencionados sólo tres veces (Moizeszowicz, dos, y Goldar, una).

La simple idea de *poseer referentes teóricos* posiblemente sea más propia de la organización y la atribución de saber tal como están instituidas en el psicoanálisis. Los psiquiatras, tal como otros especialistas médicos u otras profesiones, a lo sumo hablan de “maestros” pero no de “referentes teóricos” (que es como enunciamos nuestra pregunta). En este sentido, el problema de la falta de referentes psiquiátricos debe enmarcarse en una modalidad más global de funcionamiento de los discursos. De todos modos, creemos que la hegemonía de los psicoanalistas podría indicar hasta qué punto el psicoanálisis habría cubierto, por muchos años, las *apetencias teóricas* en las Residencias.



Los ingresos económicos de los encuestados mostraron ser sensibles a la profesión y al sexo. Quienes tienen los ingresos más bajos son las psicólogas mujeres (\$1.213 por mes) y, por contraposición, quienes tienen los mejores ingresos son los médicos varones (\$3.674). Los psicólogos varones perciben ingresos un 75% más elevados que sus colegas femeninas, pero sólo un 10% más que las médicas.

Creemos necesario analizar estos resultados desde tres perspectivas:

#### *Diferente jerarquización de cada una de las profesiones*

Según los resultados obtenidos puede apreciarse que no sólo los médicos tienen ingresos más elevados que los psicólogos sino que a igual cantidad de ingresos u horas de trabajo son más los médicos que buscan mejorar sus ingresos y/o trabajar más. Dicho de otro modo: ni la retribución económica ni sus expectativas son parejas para ambas profesiones. Quienes los emplean y ellos mismos parecen valorar sus trabajos de modos distintos. Estas diferencias parecen estar más en la cantidad de turnos y pacientes que en la remuneración percibida por turno y/o paciente. El resultado de dividir los ingresos por los turnos trabajados (sobre todo en forma privada) arroja números sorprendentemente similares.

Igualmente, no debemos perder de vista que la selección de los psicólogos y los psiquiatras para ingresar a la Residencia no es pareja: mientras que para los médicos la proporción entre quienes rinden el examen y quienes entran ronda una razón de 2:1, para los psicólogos es de 50:1. Si bien los psiquiatras ex-Residentes pueden tener alguna representatividad del conjunto de estos especialistas, sería difícil sostener que los psicólogos formados en las Residencias hacen lo propio con el resto de sus colegas.

#### *Diferencias derivadas del género (masculino/femenino)*

Desde una perspectiva del géne-

ro, puede observarse que las mujeres ocupan el lugar de menor retribución, conformidad con menos horas de trabajo clínico y más frecuente reporte de problemas personales que dificultan su labor. Las mujeres ganan considerablemente menos que sus pares varones de la misma profesión (las médicas 73% y las psicólogas 75% menos). Las mujeres que no quieren trabajar más tienen ocupados 26,1 turnos semanales, mientras que los hombres que dicen querer estar más ocupados trabajan 25,6 turnos. A una cantidad semejante de turnos de trabajo, unas no quieren trabajar más y otros sí lo desean. En los extremos, vemos que los varones que no quieren trabajar más tienen ocupados un promedio de 43,0 turnos, mientras que las mujeres que quieren estar más ocupadas trabajan 16,0 turnos. Pese a estas diferencias, no son más las mujeres que se quejan de su bajo nivel de trabajo/ingresos. El 33% de las mujeres dice querer trabajar más vs. un 36% de varones que hace idéntico reclamo. Asimismo, las siete personas que manifiestan atravesar situaciones personales (la mayoría a raíz de su reciente maternidad) son todas de sexo femenino. En esta misma línea, estas diferencias también se hacen evidentes en el porcentaje de mujeres con hijos (71%), comparado con el de varones (50%).

Si bien durante la Residencia el género (al igual que la profesión) no conlleva diferencia alguna en la remuneración ni las exigencias, notables diferencias se evidencian a su egreso. Se podría decir que la Residencia oculta las diferencias de género mientras que, a la salida, las diferencias entre varones y mujeres se plasman en las distintas formas de reinserción laboral. En una investigación reciente, Ana Fernández(6) desarrolló las características de la profesionalización de las mujeres psicólogas, a partir de su inscripción de género, tomando en cuenta que "la combinatoria de este nuevo rol con el posicionamiento tradicional de esposa, ama de casa y madre continúa siendo fuente de una conflic-

tiva de difícil resolución". Aun en mujeres altamente especializadas en su profesión (tal como podemos considerar a todas las ex-Residentes), la variable género incide fuertemente si comparamos sus ingresos con los de los varones de igual trayectoria. Creemos que debieran tenerse en cuenta dos factores: a) la diferencia que se establece a partir de la socialización de la mujer para lo "privado-sentimentalizado", su relación con lo público, y específicamente con el dinero, y b) el peso del rol tradicional adjudicado a las mujeres, que desemboca en la "doble jornada de trabajo" (es así que podemos entender que los problemas personales acarreados por el nacimiento de un hijo queden exclusivamente por cuenta de las mujeres, más allá de lo estrictamente biológico). Ambos pesarán en la forma y cantidad de tiempo disponible para los "contratos laborales" que realicen las ex-Residentes.

#### *Repercusión de la abundancia de profesionales en la regulación de la oferta y la demanda*

La proporción de psicólogos por habitante es muy superior a la de psiquiatras, siendo la mayoría de los primeros de género femenino (según estimación de M. Alonso(4), un 85%). No se puede descartar la depreciación del valor que acarrea la sobreoferta de profesionales (psicólogas, sobre todo) y las obliga (en consonancia con el análisis de género propuesto) a estar dispuestas a trabajar en condiciones menos favorables. Un estudio de Modesto Alonso(3) mostraba que Argentina contaba con un psicólogo cada 913 habitantes (y en la Capital Federal, uno cada 247!), en tanto otros países, como por ejemplo los EE.UU., tenían uno cada 3796<sup>6</sup>. El número estimado en ese entonces era de 36.000 psicólogos egresados totales, con más de 21.000 cursando en ese momento en las universidades y casi 5.000 nuevos egresados el año en que se hiciera el estudio. El otro trabajo de M. Alonso (1996) hablaba de 15.000 psicólogos solamente en la Capital





Federal(4). ¿Habremos llegado en 1997 a la escalofriante cifra de 40.000 psicólogos en todo el país? Ante semejante oferta de mano de obra, comparada con un estimado de 4.000 psiquiatras, no cabe sino comprender las diferencias en las remuneraciones de estos profesionales.

Si bien este es el panorama de los ex-Residentes hallado a partir de la encuesta, desconfiamos que pueda ser el mismo que el de los profesionales de la Salud Mental en su conjunto. Los Residentes, y muy especialmente entre los psicólogos, no son una mayoría y, por lo tanto, exigen suma prudencia a la hora de extraer conclusiones válidas para el resto de sus colegas.

### Conclusiones

Al inicio de la investigación contábamos con hipótesis específicas respecto de la modalidad de trabajo que realizaban los ex-Residentes y las dificultades por las que atravesaban. Las respuestas obtenidas refutaron que ellos no se hubiesen quedado trabajando en los hospitales (al menos un 32% sí lo hizo) y que el trabajo privado estuviese desapare-

ciendo. En cambio se confirmaron nuestras expectativas de que los médicos se hallaban en condiciones diferentes de las de los psicólogos.

Las diferencias por género entran en una categoría aparte. Sin que hubiésemos imaginado nada en relación a este punto, el tema del género se nos impuso a la hora de interpretar las diferencias halladas entre los dos sexos. El mayor porcentaje de profesionales femeninas que tiene hijos y problemas personales, sus ingresos más homogéneos entre psicólogas y médicas y su conformidad con menos horas de trabajo deben contarse entre los hallazgos inesperados por nosotros. Sólo a la hora de analizar los datos se nos ocurrió pensar en cómo estaban incidiendo en estas diferencias tanto la modalidad particular de socialización de unas y otros como la doble jornada de trabajo. Una nueva encuesta probablemente debería indagar más sobre este aspecto.

A su vez, creemos que debe remarcar la semejanza entre lo que esperaban los Residentes encuestados en unas Jornadas de 1994 y lo que hacen los ex-Residentes del presente estudio. Si bien son pocos los

Residentes encuestados en ambas ocasiones, pensamos que es posible extrapolar las expectativas de unos y otros durante sus Residencias. Queda pendiente, de todos modos, si ésta era la expectativa de un Estado particularmente silencioso al respecto. Al menos ahora se cuenta con datos sobre los cuales contrastarla. Teniendo en cuenta los objetivos que nos planteábamos al inicio del trabajo, pensamos que, además, estos resultados pueden ser un estímulo para que se ponga en práctica un constante monitoreo del destino de inversiones de esta naturaleza. La ausencia de este tipo de estudios, no debemos engañarnos, es uno de los mayores atentados contra el buen funcionamiento de la Residencia actual como sistema de capacitación y trabajo remunerado a un mismo tiempo(5).

Sabemos que nuestros resultados no son generalizables a la situación por la que deberán atravesar los próximos egresados sin previa investigación. Es por esto que proponemos que se repita el trabajo con la población egresada entre 1995 y 1999, pero eso ya sería en el año 2002, pensando en las Residencias del siglo que viene ■

### Referencias bibliográficas:

1. Agrest, M. (1995), Los Residentes: características poblacionales y sus opiniones sobre la formación, *Acta Psiquiátr. Psicol. Am. Lat.* 41 (3): 219-229.
2. Agrest, M., Nemirovsky, M., Strejilevich, S., Triskier, F. (1995), Residencias de Salud Mental. Estudio comparativo de dos encuestas realizadas con 6 años de diferencia (1988-1994), *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.*, 6 (22): 245-250.
3. Alonso, M. (1994), Los psicólogos en la Argentina. Datos cuantitativos, *Acta Psiquiátr. Psicol. Am. Lat.* 40 (1): 50-55.
4. Alonso, M. (1996), *La Psicología en la República Argentina*. Depto. de Investigación de la Asociación Argentina de Psicoterapia. Mimeografiado.
5. CLEPIOS (1997), Editorial, *Clepios, Una Revista para Residentes de Salud Mental* 3(3): 101.
6. Fernández, Ana M. (1993), *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hom-*

7. Vainer, A. (1996), La desaparición de lo grupal en las Residencias de Salud Mental, *Clepios, Una Revista para Residentes de Salud Mental* 2(2): 62-67.

### Notas

1. El procesamiento estadístico de la información fue llevado a cabo por la estadística Graciela Duret.
2. Las opciones no son excluyentes
3. Si bien hay 24 ex-Residentes que dicen trabajar en Clínicas Privadas, sólo 16 dicen cuántos pacientes atienden. Dado que algunos de ellos cumplen otras funciones en las clínicas se consideró igualmente como insertos en este ámbito.
4. Dejamos constancia que al momento de hacerse la encuesta 1 \$ = 1 U\$.
5. En estos valores, no se tuvieron en

cuenta los que trabajan por fuera de la especialidad únicamente ni los siete que dijeron tener problemas personales que dificultan trabajar, además de otro que no tiene trabajo (ni ingresos). En cambio, sí se tuvieron en cuenta los que trabajan fuera del país.

6. Corresponde aclarar que en los EE.UU. los trabajadores sociales llevan adelante psicoterapias, complementándose con los psicólogos. Sin embargo, también es cierto que un alto porcentaje de psicólogos norteamericanos se dedica a otras áreas dentro de la psicología, a diferencia de lo que sucede en Argentina.

El presente trabajo contó con el auspicio de Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatr.; Fundación ACTA; Fondo para la Salud Mental; Clepios, Una Revista para Residentes de Salud Mental; y Topía, Rev. Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

# El sector Salud Mental

## Influencias político-económicas y nuevas perspectivas

Entrevista al Lic. Arturo Schweiger\*

por Teresa Méndez

**Vertex:** *¿Cuáles son, a su criterio, los factores económicos del contexto que afectan al sector salud en general y al sector Salud Mental (S. S. M.) en particular?*

**Arturo Schweiger:** Para poder hablar del sector salud en particular debo partir del contexto global de la economía a nivel mundial, de los cambios en los modelos económicos y sociales del año 2000. Comenzaría por señalar las características del contexto económico en general, que son: la globalización de la Economía a nivel mundial; los enormes flujos financieros de capital; la transnacionalización de las corporaciones; las transnacionales versus el Estado; el auge del capitalismo "salvaje" y ultracompetitivo que trae consigo la reducción del Estado benefactor; la destrucción del principio de solidaridad colectiva, con la creciente marginalización de la población; la expulsión del mercado de consumidores; el crecimiento de la economía en negro y una distribución inequitativa del ingreso. Hoy el mecanismo para asignar recursos es el mercado, no el Estado como en épocas pasadas. Estas situaciones afectan a nivel del sector salud en general, pues disminuyen los recursos disponibles para el gasto público. Dentro del presupuesto disponible a nivel del sector público, las diversas áreas del sector salud compiten entre sí para obtener recursos, dando cierta prioridad a los sectores relacionados con los Hospitales de Agudos en relación con los hospitales para patologías crónicas.

La calidad de vida de la población se ve fuertemente afectada por la marginación de áreas del sector salud en este proceso de asignación de recursos; este es el caso de la Salud Mental o de los Servicios Odontológicos.

En síntesis, en un contexto de presupuesto reducido se imponen otras prioridades, como la medicina curativa contra la medicina preventiva. Esto significa que hay una visión miópica del problema en lugar de una visión estratégica a mediano plazo.

\* Master en Economía Política, Univ. de Boston, EE.UU., Prof. de Economía y Salud, Maestría de Salud Pública (UBA), Miembro de la Comisión Directiva de la Asoc. de Economía de la Salud.



**Vertex:** *¿Cómo analizaría usted al sector Salud Mental?*

**Schweiger:** Lo analizaría desde el punto de vista de la función de financiamiento y de la función de gasto del SSM; o sea: cómo se originan los recursos que pagan al SSM y cómo se los utilizan respectivamente. Y aplicaría a las mismas las categorías de análisis económico de eficiencia y equidad. En materia de gasto analizaría el costo eficiencia de los servicios prestados en atención ambulatoria y en atención en internación. Y con respecto a la equidad analizaría cómo se distribuyen los recursos en el SSM, tanto en ambulatorio como en internación, y cuál es el impacto sobre la población de menores ingresos.

**Vertex:** *¿Propondría usted algunas medidas para mejorar la eficacia y la equidad en la gestión del SSM?*

**Schweiger:** A manera preliminar de inicio de discusión de medidas que contribuyan a mejorar la equidad y la eficiencia del sector propondría el análisis de los siguientes temas con respecto a la atención ambulatoria y de internación. La primera necesidad en ambos sectores es el desarrollo de un sistema de información gerencial que permita el seguimiento de los pacientes como así también la gestión de los consultorios y de los establecimientos (centros médicos, clínicas, sanatorios) de Salud Mental.

A partir del desarrollo de indicadores de gestión médico-asistencial y administrativos se podrá monitorear periódicamente la gestión de los establecimientos y evaluar el impacto en los pacientes de las acciones adoptadas por los establecimientos. En este contexto resulta de utilidad, en atención ambulatoria, el desarrollo de un sistema de diagnóstico precoz que evite la cronificación de los pacientes y mejore la asignación de recursos, obteniendo una mayor productividad del gasto al orientarlo hacia acciones de prevención. El impacto de dichas medidas será evaluado a través del sistema de información gerencial. En cuanto a la atención en internación, los criterios económicos inducen a desarrollar acciones para evitar la cronificación de los pacientes. Para ello se sugiere desarrollar el sistema de información antes mencionado y mediante esos indicadores evaluar los impactos económicos y asistenciales de las distintas medidas de reingeniería de los centros de salud.

**Vertex:** *¿Qué opinión le merece la actual tendencia hacia la desinstitucionalización hospitalaria?*

**Schweiger:** La experiencia indica que el proceso de desinstitucionalización hospitalaria, con implementación gradual a través del hospital de día y de casas de medio camino, presenta resultados de interés, ya que indica una reducción de costos operativos y de capital de carácter significativo para el sistema de salud. En lo económico, los estudios de costo/efectividad al respecto, indican la conveniencia de implementar dichos procesos de desinstitucionalización.

**Vertex:** ¿Frente al nuevo estado de situación, cree que los profesionales de Salud Mental pueden adaptarse adecuadamente a estos cambios?

**Schweiger:** El hecho de convocarme implica ya una toma de conciencia de los cambios y la necesidad de comenzar a pensar juntos estos nuevos desafíos que se nos presentan. Poder analizar lo que uno gasta, nos permite saber cuanto nos sale una consulta, un tratamiento o una internación.

Cuando los recursos son escasos debemos estudiar los modos de optimizarlos. La elaboración de estadísticas es de gran ayuda; gracias a ellas podremos defender el porqué de los beneficios "hasta económicos" de la prevención, de un hospital de día o de una casa de medio camino. Si podemos cuantificar (sin por eso dejar de lado la calidad) sabremos si tenemos recursos y dónde los tenemos, y podremos efectivizarlos y hasta salir a ofrecer nuestros recursos a otros. Considero que se abre un espacio sumamente creativo para el trabajo interdisciplinario ■

## Aspectos de la legislación actual

### Medicina prepaga

#### Ley 24.754

Establécense que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas "prestaciones obligatorias" dispuestas por las obras sociales.

*Sancionada:* Noviembre 28 de 1966.

*Promulgada de Hecho:* Diciembre 23 de 1996.

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

**Artículo 1°**—A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente Ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones.

**Artículo 2°**—Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIOCHO DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS.

—REGISTRADA BAJO EL N° 24.754—

ALBERTO R. PIERRI - CARLOS F. RUCKAUF - Esther H. Pereyra Arandía Pérez Pardo - Edgardo Piuze



### Plan Médico Obligatorio - Su derecho

El ANSSAL informa a todos los beneficiarios de las Obras Sociales comprendidas en la Ley 23660

Resolución N° 247/96 - MS y AS.  
Plan Médico Obligatorio P. M. O.

Se entiende por P. M. O. el régimen de Asistencia Obligatoria, para todas las Obras Sociales del sistema en la Ley 23660/23661, es decir que todos los Agentes del Seguro involucrados en las mencionadas leyes (y todas las Obras Sociales que adhieran al mismo), deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garantizan las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico odontológico. No podrán establecerse periodos de carencias ni co-seguro o co-pagos, fuera de lo expresamente indicado en este P. M. O.

#### 2. Atención secundaria

Están cubiertas todas las modalidades de recuperación de la Salud, en el paciente ambulatorio o internado.

Las especialidades cubiertas son:

Alergia	Nefrología
Anatomía Patológica	Neurología y Neurocirugía
Cardiología	Oftalmología
Cirugía	Oncología y
Dermatología	Oncohematología
Endocrinología y	Ortopedia y
Nutrición	Traumatología
Gastroenterología	Otorrinolaringología
Ginecología y Obstetricia	Pediatría
Hematología	Proctología
Hemoterapia	Psiquiatría
Inmunología	Terapia Radiante
Fisiatría y Rehabilitación	Urología

/ \*\*\*

#### 2.1. Las prestaciones a brindar son:

##### 2.1.1. Consultas generales

- En consultorio
- En domicilio (urgencia)
- En internación

Se sugiere no cubrir las testificaciones alérgicas, a excepción de las necesarias para la administración de medicamentos o sustancias de contraste.

Para la atención domiciliar se sugiere un co-seguro por cada visita de \$10

/ \*\*\*

##### 2.1.4. Atención psiquiátrica

Incluye atención ambulatoria, en cualquiera de sus modalidades, hasta un máximo de 30 sesiones por afiliado y por año. En internación, se cubrirán patologías agudas y hasta 30 días por afiliado y por año.

Se sugiere en la atención ambulatoria un co-seguro de \$5 por visita.

# La calidad de la atención en psiquiatría



V. Kovess

Médecin chef DIM, CHS La Verrière, MGEN, 78321 Le Mesnil-Saint-Denis. Francia.

J.-C. Penochet

Psychiatre des hôpitaux, Hôpital La Colombière, 34059 Montpellier. Francia.

## Introducción

Por varios motivos, la implementación de un sistema que permita asegurar la calidad de la atención psiquiátrica se está tornando esencial. En primer lugar, porque la atención brindada a los enfermos mentales se diversifica y, en segundo lugar, porque dicha atención pasa del área médica al área médico-social. Esta variedad de los lugares de atención, a veces deseable, a veces discutible, hace que sea más necesario que nunca controlar el tenor de las prácticas. Esto es así también porque en un contexto de moderaciones presupuestarias y de regulación económica más fina, los nuevos modos de financiación para los pacientes (como los GHM, grupos homogéneos de enfermos) o basados en tipologías de actos médicos, harán que sea indispensable tener en cuenta ciertos criterios de calidad, paralelamente al control de los perfiles de los consumidores de la atención, para evitar derivaciones y decidir sobre la importancia de los re-

cursos necesarios para un buen nivel de prestaciones.

## La calidad de la atención: definiciones

Donabedian(1), uno de los especialistas más eminentes de la evaluación de la atención, describe la calidad de la misma a partir de círculos concéntricos (fig. 1). La evaluación de la calidad alcanza no sólo a la atención técnica brindada por el médico y los otros prestadores en función de su saber y de su arte, sino también a la relación que ellos establecen con el paciente, las condiciones materiales de su ejecución y la manera en que el tratamiento prescripto es dado y percibido por el paciente y su familia. Administrado en una comunidad determinada que tiene sus necesidades propias, el tratamiento que se inscribe en ese contexto debe ser accesible y responder a las prioridades. De esta forma, la atención no sólo debe evaluarse a nivel de la *performance* técnica, sino más amplia-

mente a nivel de un resultado muy global que incluye las preferencias del paciente, su propia participación, la de su medio y la inscripción del tratamiento en el contexto social.

Para describir un sistema de atención, se suelen emplear tres dimensiones detalladas en la Tabla 1 (Donabedian).

En el proceso de evaluación de la calidad, se parte en general del siguiente principio: una estructura adecuada permite procesos adecuados con los que se obtienen buenos resultados.

La prueba de esta concatenación no es evidente y no es en realidad el objeto de la evaluación de la calidad; de todas maneras, la relación causal en el ámbito de la salud es extremadamente compleja y hace que pueda suceder que una estructura adecuada genere procesos inadecuados, e incluso que ciertos procesos de buena calidad obtengan malos resultados. Por estos motivos, es aconsejable recabar indicadores en estos tres niveles, lo que permite abarcar mejor los componentes de la atención, su articulación y las dificultades halladas para su implementación.

Una vez establecidas estas bases, hay dos estrategias posibles de evaluación de la calidad que difieren en función de los objetivos: o bien se trata de evaluar la calidad de la atención en una muestra representativa de prácticas, como puede desear hacerlo una instancia exterior al hospital (organismos patrocinadores, organismos de tutela), o bien se quieren descubrir rápidamente los disfuncionamientos de un establecimiento, como pueden solicitarlo los actores administrativos o médicos de ese establecimiento.

En el primer caso, la base de reflexión está constituida por los datos recabados en una muestra de pacientes que suelen haber sido seleccionados simplemente por categorías diagnósticas (pero la selección por los síntomas en la admisión es más juiciosa pues permite considerar errores de diagnóstico).

## Resumen

Con una agudeza suscitada por las transformaciones del dispositivo sanitario y las dificultades económicas, se plantea evidentemente el problema de la evaluación de la calidad de los tratamientos en psiquiatría como en las otras disciplinas. A partir de experiencias extranjeras, este artículo desea precisar algunas definiciones y aportar al debate unas pistas de elaboración de criterios consensuales adaptados a nuestro sistema sanitario.

**Palabras Clave:** Calidad de los tratamientos - Evaluaciones - Sistema sanitario.

## QUALITY OF CARES IN PSYCHIATRY

### Summary

With a climax generated by the mutations of the health system and the economic constraints, it becomes evident that the problem of the evaluation of the quality of cares in psychiatry as in other disciplines must be raised. From foreign experiences, the author of this paper wishes to specify certain definitions and supply the debate with leads for a reflection on the elaboration of consensual criteria fitted to our caring system.

**Key Words:** Quality of cares - Evaluations - Caring system.



**Figura 1**  
*Niveles a los que se puede evaluar la calidad*



**Tabla 2**  
*Guía para la aprobación de los centros canadienses de salud mental*

- Organización del centro*
- Consejos de administración y administración
- Programas de atención
- Apreciación de la calidad
- Consejo del personal profesional
- Servicio del material y de las instalaciones
  
- Servicio de atención a los pacientes*
- Servicios médicos
- Servicio de enfermería
- Servicio de ergoterapia (terapia ocupacional)
- Servicio de psicología
- Los servicios terapéuticos
- Servicios sociales
- Servicios de urgencia
  
- Elementos de apoyo*
- Servicios de alimentación
- Servicios de laboratorio
- Servicios de archivo
- Servicios del personal
- Servicios farmacéuticos

En el segundo caso, se partirá de los acontecimientos indeseables o de acontecimientos centinelas cuyo análisis permite ver rápidamente los problemas de una institución.

Una vez que se han elegido las variables utilizadas, será preciso determinar sus criterios de medición, que pueden ser implícitos o explícitos. Los criterios explícitos se establecen a partir de la literatura o de conferencias de consenso que elaboran tipos o estándares. Se verifica entonces si estos estándares son respetados. De esta forma se debería disponer de estándares para temas como: el nivel de calidad de vida adecuado para un psicótico crónico, la frecuencia previsible de los episodios agudos en tal paciente, su nivel de funcionamiento. Un panel de jueces que no sean expertos de la disciplina escucha a los expertos y propone conductas posibles que pueden transformarse en estándares.

Asimismo, se pueden emplear criterios implícitos: un comité de colegas expertos revé las Historias clínicas y juzga lo adecuado del tratamiento en función de su experiencia. La generalización es más difícil que con los criterios explícitos y se sugiere utilizar un método mixto en el cual los comités de colegas examinen las prácticas en relación con estándares, siempre teniendo en cuenta casos particulares que pueden justificar el no respetar la norma.

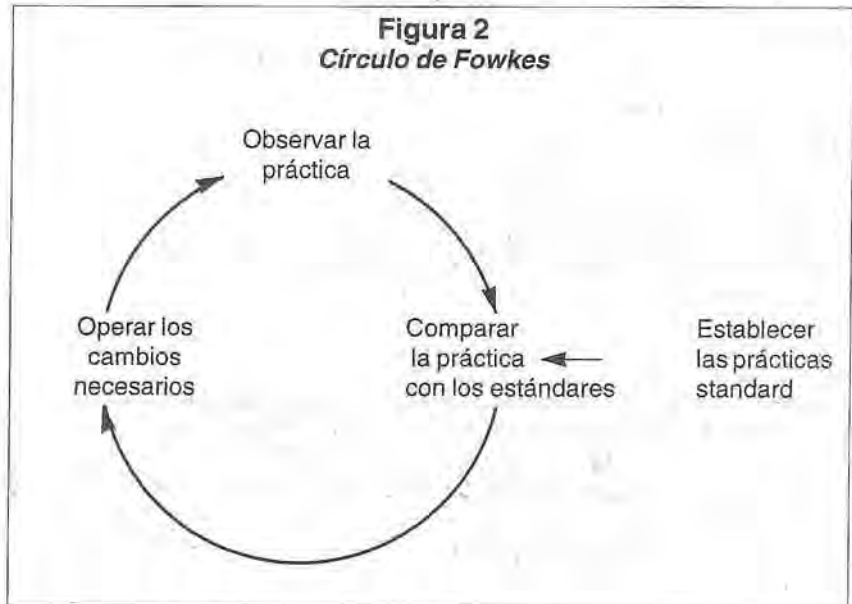
Para verificar la adecuación a los estándares, los datos se suelen extraer de las Historias clínicas cuyo contenido, en general y desafortunadamente, es problemático e irregular. Ciertos actos no figuran, o bien, por el contrario, aunque la Historia clínica pueda estar aparentemente bien construida, en realidad el tratamiento nunca fue administrado correctamente. Es por ello que parece prudente no limitarse a la Historia clínica, sino emplear otras fuentes de información, como las que provienen de los profesionales o de los pacientes y de sus familiares.



**Las experiencias de evaluación de calidad**

La calidad no sólo descansa en la medición de criterios elegidos juiciosamente, sino que se integra en una suerte de movimiento perpetuo ilustrado por el círculo de Fowkes (fig. 2)

Se puede entrar en este círculo en cualquier punto para seguirlo indefinidamente: comparación de la práctica con los estándares, implementación de los cambios necesarios para corregir las diferencias, verificación del efecto de estos cambios observando las prácticas que se comparan con los estándares, etc.



**Acreditación**

La acreditación representa de algún modo la institucionalización de la calidad de la atención. Esta práctica, nacida en los Estados Unidos, se ejerce también en Quebec en lengua francesa. En los centros de salud mental, la misma se desarrolla de la siguiente manera.

Una visita hecha por un comité, en general tripartito (administrativo, médico y enfermero) tiene lugar, en principio, cada tres años, y determina si el hospital debe ser acreditado totalmente (por 3 años), parcialmente (por un año) o no debe ser acreditado. La acreditación representa en cierto sentido una etiqueta de control de calidad. Si en los Estados Unidos las compañías de seguros la exigen para el reembolso, en Quebec, donde hay un sistema de Seguridad Social comparable al francés, representa una etiqueta de control de calidad importante para la reputación de un hospital, y es indispensable para que éste se pueda afiliar a una universidad.

Los acreditadores son profesionales de la disciplina reconocidos y creíbles, que han sido formados es-

\* N. de la R.: en parte se corresponderían con nuestros Colegios Médicos

**Tabla 1**  
**Áreas cubiertas por la calidad de la atención.**

<i>Estructura</i>
Entorno físico
Equipamiento, medicamentos
Personal
Organización y gestión del personal
<i>Procesos</i>
Accesibilidad/disponibilidad
Evaluación en la admisión
Modalidades de atención
Criterios de salida y organización
Gestión de la información sobre el paciente
Atención tras la salida
Derechos del paciente
Seguimiento activo
<i>Resultados</i>
Indicadores clásicos
Indicadores de reinserción
Nivel de discapacidad
Calidad de vida
Consecuencias en la familia y la comunidad
Efectos indeseables (salida contra opinión médica, accidentes con neurolépticos, errores diagnósticos)
Acontecimientos centinelas (pacientes encarcelados, suicidio al salir, instalación de una dependencia alcohólica y drogadependencia, pérdida de vista de un paciente peligroso para sí mismo y para los demás, etc.)



**Tabla 3**  
**Nivel de calidad en Salud Mental (OMS)**

Política de salud mental  
Programas de salud mental  
Dispositivo de atención primaria  
Dispositivo de atención externa  
Dispositivo de atención interna  
Dispositivo de alojamiento para personas ancianas  
Datos generales del país

pecialmente por un Consejo de Acreditación. Dicho Consejo es un organismo financiado por su propia práctica y es independiente del gobierno. La acreditación desemboca en recomendaciones positivas, realizables en los plazos impartidos. Naturalmente, la visita de acreditación que tendrá lugar tres años más tarde examinará en primer lugar la manera en que se siguieron estas recomendaciones.

La visita se prepara con gran anticipación. Se empieza por reunir

los documentos que establecen los distintos procedimientos. En Canadá, una "Guía para la aprobación de los centros canadienses de salud mental" permite preparar eficazmente esta visita (Tabla 2).

Los temas abordados recubren tres grandes capítulos: la organización, la atención y los elementos de apoyo, algunos de cuyos elementos comentamos a continuación.

Para cada uno de estos servicios, existen estándares que reflejan tres preguntas básicas:

– ¿a dónde quieren llegar (razón de ser, objetivos, metas)?

– ¿cómo lo lograrán (organización y administración, procedimientos)?

– ¿cuáles son los resultados (prestaciones brindadas a los pacientes, evaluación de la calidad)?

La evaluación se realiza para cada una de las normas, luego para el conjunto de normas de un capítulo y para todo el establecimiento.

En la guía hallamos un programa específico de apreciación de la calidad que abarca tres categorías de normas: los elementos esenciales, la organización y la administración de la apreciación de la calidad para la cual se solicita claramente la participación del Consejo de Administración, así como las normas en personal (Anexo 1).

En Quebec, la calidad del ejercicio profesional de los médicos es controlada directamente por la corporación profesional médica, que corresponde en parte al Consejo del Orden francés\*. La corporación es responsable así de la evaluación de la calidad del ejercicio de la medicina y de su pertinencia. Es esta corporación la que visita regularmente los establecimientos de atención. Dichas visitas, realizadas por reconocidos profesionales de la disciplina en actividad son independientes de las visitas de acreditación, pero sus resultados se comunican en el momento de la acreditación. De esta forma se evalúan el funcionamiento del Consejo de médicos, dentistas y farmacéuticos, y la manera en que este organismo, obligatorio en cada establecimiento, verifica las calificaciones y establece su propio control de calidad, en particular con un examen de archivos presentados a colegas.

La corporación evalúa luego cómo han sido elaboradas las historias clínicas, los registros (fallecimientos, traslados) y controla eventualmente ciertos puntos particulares (como por ejemplo el plazo de intervención en las fracturas de cadera o también las estadísticas sobre las afecciones halladas con

**Tabla 4a**  
**Dispositivo de atención interna (OMS)**

*Entorno físico*

Espacio  
Limpieza  
Iluminación  
Espacio privado para el paciente  
Depósito de productos peligrosos  
Material de atención de urgencia  
Etc....

*Normas administrativas*

Descripción precisa de las tareas  
Al menos 2/3 del personal debe ser de tiempo completo  
El personal debe tener espacio y tiempo para poder aislarse de los pacientes  
Regularmente se elaboran Historias clínicas escritas  
Reglas escritas sobre la conducta a seguir en caso de violencia, en caso de quejas de la familia  
Reglas escritas sobre las medidas disciplinarias  
El personal debe poder discutir con sus superiores sobre las dificultades halladas  
Todos los años se lleva a cabo una reunión crítica respecto de los puntos fuertes y débiles del dispositivo



más frecuencia en el establecimiento de atención).

Tras la visita, todos los servicios son objeto de una calificación sobre la calidad de la atención, la forma de llevar los archivos y la organización médica, en sus dos vertientes, clínica y científica. La corporación establece asimismo comparaciones de perfiles de intervención del establecimiento respecto de otros establecimientos de la región.

Cuando surge un problema nuevo —las indicaciones de una nueva técnica, por ejemplo— la corporación reúne un Comité de expertos y emite "opiniones" que tienen importante repercusión en la profesión. Cuando las visitas ponen de manifiesto la repetición de un problema particular ligado a la práctica profesional, la corporación toma contacto con el Comité de estudios médicos para reorganizar la enseñanza en función de esa laguna.



procesos y resultados). De hecho, los resultados se evalúan al final con indicadores generales: cantidad de suicidios, cantidad de reinternaciones, tipos de internación.

La evaluación debe poder hacerse en todos los países, incluyendo los países en vías de desarrollo.

Sin embargo no se precisa qué método debe emplearse para recabar la información y la cantidad de ítems es elevada (si bien es menos elevada que en el proceso de acreditación de Quebec). El sistema se halla hoy día en un estadio experimental en varios países, entre ellos Francia, y carecemos aún de la distancia necesaria para juzgar su factibilidad y eficiencia.

#### Las críticas

En 1987, se publicaba en los EE.UU. un texto titulado: "Agenda for change". Allí se criticaban con dureza los procedimientos de acreditación. Se proponía reemplazar

#### La experimentación OMS

Otro ejemplo concierne a la experimentación OMS de la evaluación de la calidad de la atención en psiquiatría(6). El abordaje es un poco diferente; el manual se compone de siete cuadernos que deben ser completados en su totalidad (Tabla 3).

Para la OMS, no es posible evaluar la atención interna sin considerar la atención externa ni la atención brindada en los centros para personas ancianas o la atención brindada en los centros de salud primaria.

Las directivas son más concretas que en el manual de acreditación de Quebec y existen normas en las distintas dimensiones: por ejemplo, para la atención interna (Tabla 4a), hallamos normas de entorno y de atención, pero también de personal (Tabla 4b).

Como podemos ver, el abordaje OMS es menos pesado que el de la acreditación. Se trata de criterios precisos que hay que relevar en todas las dimensiones (estructura,

**Tabla 4b**  
**Dispositivo de atención interna (OMS)**

#### Atención

El personal habla con frecuencia a los pacientes y sus palabras siempre son amistosas, positivas y respetuosas

Cada paciente nuevo es evaluado dentro de las primeras 24 horas

El paciente da su consentimiento explícito antes de comenzar el tratamiento

El plan de tratamiento es escrito y seguido por el personal

Regularmente se efectúan reuniones para discutir sobre los pacientes, caso por caso

Se les informa a los pacientes sobre sus progresos

Ayuda y apoyo están disponibles rápidamente en caso de violencia

Ningún paciente es encerrado en una celda

#### Relaciones con la familia

Un miembro del personal se encuentra disponible para ver a la familia cuando ésta lo solicite

La familia es alentada a participar en el tratamiento

#### Salida y seguimiento

La familia tiene instrucciones sobre la conducta a seguir en caso de recaída

Se le envía a la estructura responsable un resumen del seguimiento



**Anexo 1**

**Norma I. Elementos esenciales**

*Un programa de apreciación de la calidad puede recurrir a múltiples abordajes y métodos para evaluar las actividades y detectar problemas, para planificar medidas tendientes a atenuar o eliminar estos problemas, evaluar y supervisar la eficacia de las modificaciones puestas en práctica, documentar el proceso e informar a las autoridades competentes.*

	<i>Conformidad</i>			
El programa de apreciación de la calidad debería abarcar:				
1. el inventario y (o) la revisión periódica de la misión del centro de salud mental: Indicar la fecha del último inventario/revisión.....	NC	D	P	C
2. la revisión y la coordinación periódica de los objetivos de los departamentos con los del centro:	NC	D	P	C
3. la evaluación de las actividades y la detección de problemas gracias a medidas tales como:				
– el control de las estadísticas y de los indicadores:	NC	D	P	C
– los estudios estructurados:	NC	D	P	C
– los controles externos y las consultas:	NC	D	P	C
– la revisión o la evaluación de las políticas y de los procedimientos:	NC	D	P	C
– la evaluación de los recursos humanos y materiales:	NC	D	P	C
– el filtrado de los acontecimientos:	NC	D	P	C
4. la evaluación y el examen objetivos de problemas hallados:	NC	D	P	C
5. recomendaciones tendientes a solucionar estos problemas:	NC	D	P	C
6. la implementación de medidas tendientes a superar los problemas:	NC	D	P	C
7. el control concebido para asegurar que se alcanzaron los resultados deseados y se los mantiene:	NC	D	P	C
8. la documentación que es prueba de la eficacia del programa conjunto tendiente a mejorar la atención de los pacientes y a asegurar un sólido rendimiento clínico:	NC	D	P	C
9. informes regulares dirigidos a las autoridades competentes:	NC	D	P	C

**Norma II. Organización y administración**

*El centro debe establecer por escrito y tener actualizado un plan que defina la organización y la implementación de un programa de apreciación de la calidad concebido para mejorar la atención de los pacientes.*

	<i>Conformidad</i>			
1. el consejo de administración debe lanzar y apoyar el perfeccionamiento de un programa de apreciación de la calidad a escala del centro para asegurar la concreción de los objetivos del mismo:	NC	D	P	C
2. el consejo de administración debe determinar la estructura del programa, con la opinión de la administración y del personal del centro:	NC	D	P	C



este sistema retrospectivo, basado en documentos y, al fin y al cabo, muy pesado, cuyo objeto era esencialmente la estructura, por un sistema más flexible, en tiempo real, que estudiara ciertas variables clave, esenciales para evaluar los resultados de la atención.

Fauman(2), se ha planteado directamente el problema de saber si el nivel de calidad acreditado influía realmente en la calidad de la atención y destaca que muy pocos estudios intentaron evaluar los efectos de la acreditación en las prácticas y que siempre se parte del principio de que una revisión de las Historias clínicas por parte de un comité de colegas mejora automáticamente la atención. De hecho, pocas evaluaciones son a su vez evaluadas.

Diamond(3) evaluó los efectos de un Comité de revisión en la utilización de los psicotrópicos y halló un efecto significativo en la disminución de las prescripciones múltiples y la utilización inadecuada de los antiparkinsonianos. Por el contrario, Luft y Newman(4) no relevaban ninguna diferencia en el devenir de los pacientes y el empleo de los servicios en un estudio caso/control donde las Historias clínicas de los enfermos difíciles, muy crónicos, se examinan sistemáticamente.

También se comprueba que las Compañías de Seguros se basaron a menudo en las opiniones de Comités de colegas y que esto llevó, en ciertos Estados de la Unión, a tipos de atención establecidos por la profesión misma. La existencia de estos tipos hace que la cantidad de casos problemáticos disminuya.

Finalmente, Stevenson(5) describe un sistema complejo de seguimiento de las post-curas, que mejora el estado de los pacientes y disminuye el número de recaídas. Sin embargo, hace notar que la implementación de semejante sistema es pesada, costosa en tiempo y en dinero, y que los pacientes se quejan de que sienten como una interferencia frente a su tratamiento.



En Canadá, la acreditación evoluciona en el sentido del consejo. Los "visitantes" intentan, más que antes, conversar con las personas que ejercen en los lugares que están evaluando y tratan así de darles consejos para mejorar la calidad. Ven en la visita de acreditación una oportunidad de formar al personal, de subrayar los elementos fuertes, los débiles y de motivarlos. Con la experiencia, se nota en efecto que la acreditación no es sinónimo de calidad y que son los hospitales los que siguen siendo los principales actores de esta calidad, mientras que en cierta medida pueden valerse de la evaluación de la atención durante las visitas de acreditación.

Asimismo, se nota que cuando el establecimiento da normas mínimas provoca el estancamiento, al incitar a limitarse a esta base. Por el contrario, es mucho más interesante ubicar los estándares muy arriba, aunque muy pocos hospitales lleguen a alcanzarlos, pues así van llevando al conjunto del sistema de atención hacia la calidad.

Es conveniente destacar que la elaboración de los estándares debe ser realizada por el medio, mediante consultas ampliadas en las que los profesionales tienen un gran impacto. Además, estos estándares deben ser reconsiderados continuamente. Sólo los estándares aceptados por todos, constantemente sujetos a revisión, pueden asegurar la calidad.

En Bélgica, donde existen estándares y criterios de calidad, se rechaza el proceso de acreditación. Existe una organización nacional para el nivel de calidad que abarca un Consejo de administración donde están representadas profesiones médicas, directores de hospitales y del gobierno, así como un Consejo científico.

Las intervenciones de evaluación se realizan a pedido de los establecimientos, pero no existe un sistema establecido de acreditación o de seguimiento de las recomendaciones.

Los temas de evaluación son pro-

### Anexo 1 (continuación)

#### Norma II. Organización y administración

	Conformidad		
3. debe existir un plan escrito y vigente del programa de apreciación de la calidad:	NC	D	P C
4. el plan debe describir los mecanismos empleados para:			
- delegar la responsabilidad de las diferentes actividades que forman el programa:	NC	D	P C
- asegurar que todos los elementos del programa están completos e integrados:	NC	D	P C
- definir las vías de información para las actividades de apreciación de la calidad de los servicios profesionales y otros:	NC	D	P C
5. las actividades de apreciación de la calidad de los servicios profesionales y otros, definidas en detalle en otras secciones de las presentes normas, son elementos esenciales del programa global de apreciación de la calidad del centro de salud mental y deben estar integradas a él:	NC	D	P C
6. tales actividades comprenden lo siguiente, sin limitarse a ello:			
- el examen de los títulos y la delimitación de los privilegios de los miembros del consejo médico:	NC	D	P C
- el control de la mortalidad, de la morbilidad y de las complicaciones:	NC	D	P C
- la prevención de las infecciones:	NC	D	P C
- programas estructurados de estudios de evaluación:	NC	D	P C
- los informes de accidentes:	NC	D	P C
- los sistemas de clasificación de los pacientes:	NC	D	P C
- los programas estructurados de estudios de evaluación de la atención de los enfermeros:	NC	D	P C
- los controles de la utilización:	NC	D	P C
- los estudios multidisciplinarios:	NC	D	P C
- la distribución de los recursos:	NC	D	P C
7. todos los departamentos y servicios deben perfeccionar mecanismos adecuados para hacer una evaluación basada en la concreción de los objetivos:	NC	D	P C
8. la terminología empleada para describir los estudios realizados o los métodos aplicados debe estar:			
- definida por escrito:	NC	D	P C
- a disposición de todos:	NC	D	P C

#### Norma III. Dirección y dotación de personal.

*El centro debe designar un personal apropiado para sostener el programa de apreciación de la calidad o atribuirle la responsabilidad de su dirección en el marco de la estructura existente.*

1. el programa de apreciación de la calidad puede estar coordinado por un coordinador de la apreciación de la calidad de tiempo completo o de medio tiempo, o por la atribución a los jefes de departamento y de los servicios o a comités responsables de la apreciación de la calidad:	NC	D	P C
2. cualquiera sea la estructura de coordinación adoptada, todas las funciones y las responsabilidades deben:			
- ser descritas claramente por escrito:	NC	D	P C
- ser aprobadas por el consejo de administración:	NC	D	P C



puestos por los médicos del hospital y presentados como solución de problemas. Todo el trabajo se realiza honoraria y voluntariamente.

En el Reino Unido, la evolución de la *King Edwards' Hospital Fund* (KEHF) hacia evaluaciones de establecimientos es muy reciente y se debe a la demanda de los mismos. Hasta 1989, el KEHF desarrollaba estándares y hacía auditorías a pedido, cuyos resultados sólo eran comunicados a los hospitales involucrados.

De todas maneras, la mayoría de los especialistas del tema estiman que lo esencial del procedimiento del nivel de calidad se realiza en los servicios, ya que en realidad la acreditación sólo sirve para concretar este proceso.

### Conclusiones

La implementación de la evaluación de la calidad de la atención en psiquiatría halla los mismos problemas que los del seguro de calidad en las otras disciplinas médicas. Ante todo, implica establecer estándares que deben obtener la adhesión de aquéllos que participan en la atención. Desde este punto de vista, la participación de los

profesionales es indispensable y será necesaria una amplia concertación que llegue a la descripción de reglas relativamente precisas. Esta concertación es difícil y es de temer que sea particularmente problemática en psiquiatría, donde las prácticas están más diversificadas que en otras áreas. No obstante, cada escuela de pensamiento debería poder establecer sus propios estándares de calidad.

Un segundo problema atañe a la elección del método más adecuado para hacer progresar la calidad en función de la historia y de la cultura de un país. En Canadá, se estima que el seguro de calidad, cualquiera sea, requiere personas formadas específicamente, tiempo y evaluadores investidos de cierta autoridad. Se piensa que si bien la formación continua es la mayor garantía de calidad –y es innegable que una parte de los errores se deben a una ausencia de formación– esto no resuelve completamente el problema. El nivel de calidad requiere más que la formación: implica una forma de obligación o al menos de gran incitación.

En Bélgica, se estima en cambio que esta obligación es inaceptable y que la evaluación de la calidad de-

be hacerse sobre una base de voluntariado.

Para los canadienses, se diría que el seguro de calidad no está directamente ligado a la atribución de medios, sino que más bien se trata de un problema de *management*.

En otras palabras, si no hay medios disponibles para hacer todo, hay que saber administrar las prioridades y tener una atención de calidad en los sectores prioritarios.

Llegados a este punto ¿qué podemos proponer [para nuestro país]? Podríamos deslindar algunas pistas:

- reunir muy ampliamente a los interlocutores y reflexionar sobre la posibilidad de elaborar estándares de atención consensuados;

- estudiar los procedimientos de evaluación efectivamente realizados en el ámbito psiquiátrico y ver cómo podrían tener sentido y aplicarse en el contexto francés;

- atrevernos a intentar una experiencia de acreditación de establecimientos franceses voluntarios mediante colegas extranjeros nos enseñaría mucho...

Sobre todo, no habrá que perder nunca de vista que el objetivo del nivel de calidad es mejorar el funcionamiento y no sólo recabar datos u obtener una etiqueta ■

### Bibliografía

1. Donabedian, A., "The quality of care. How can it be assessed?", *Jama*, 23/30, 260, 12, 1988, pp. 1743-1748.
2. Fauman, M.-A., "Quality assurance monitoring in psychiatry." *Am. J. Psychiatr.*, 146, 9, 1989, pp. 1121-1130.
3. Diamond, H., Tislow, R., "Review of prescribing patterns." *Am. J. Psychiatr.*, 133, 1976, pp. 6977-699.
4. Luft, L.-L., Newman, D.-E., *Peninsula Hospital Community Mental Health*. Ed.

Stricker G., Rodríguez A.-R., New York, Plenum. 1988.

5. Stevenson, J.-F., Beattle, M.-G., Alves, R.-R. et al., "An outcome monitoring system psychiatric inpatient care", *QRB*, 14, 1988, pp. 326-331.

6. World Health Organization: *Summary Report: Quality assurance in mental health*. Geneva, WHO-MNH-MND/90.11, 1991, 13p.

Reproducido con autorización: Kovess (V.), Penochet (J.-C.), La qualité des soins en psychiatrie. *L'Information psychiatrique*, 69, 7, 1993, pp. 591 à 599.

# Atención de la Salud Mental en el subsistema de Obras Sociales\*



- Alicia Stolkiner** *Psicóloga, (UNC). Dipl. en Salud Pública, (UBA). Direct. de Proyectos de UBACyT.*
- Mirta Clara** *Psicóloga (UNLP). Invest. del Inst. de Est. Sociopolíticos y de Acción Comunitaria.*
- Paula di Stefano** *Psicóloga (UBA). Invest. en Psicopatología Clínica, Fund. Centro Psicoanalítico Argentino*
- Marcelo Gandolfo** *Psicólogo (UBA). Ex-Residente de la RISAM (MCBA)*
- Gabriela Santiago** *Médica, (UBA). Esp. en Psiquiatría, MCBA. Miembro Fundador y Directivo de la Fundación Centro Psicoanalítico Argentino.*
- Pablo Vilar** *Psicólogo (UBA). Docente de la Cátedra de Psicología Fenomenológica y Existencial, Fac. Psicol. UBA. Invest. D (UBA). Miembro Fundador y Directivo de la Fundación Centro Psicoanalítico Argentino.*

## Introducción

Este trabajo desarrolla los resultados provisorios de una investigación en curso. Se trata del Proyecto "Sistema de Normatización de las Prestaciones de Salud Mental en Obras Sociales de Capital Federal" (trianual), perteneciente al Subprograma de Innovación Tecnológica de SECYT/CONICET, siendo sede de la investigación la Fundación Centro Psicoanalítico Argentino.

El proyecto de investigación

consta de VII fases. La Fase I tuvo por objetivo la obtención del marco conceptual necesario para fundamentar la elaboración de un sistema de normatización de prestaciones en Salud Mental. En la Fase II se realizó una investigación en terreno y estudio documental de campo con el objetivo de completar el diagnóstico descriptivo de situación en referencia a los modelos y normas de prestaciones existentes.

En la fase III se realiza un relevamiento bibliográfico sobre el perfil epidemiológico de la población a la

que se brinda asistencia en Salud Mental en las Obras Sociales de Capital Federal. Se piensa obtener Indicadores indirectos de la calidad de las prestaciones de los servicios a partir de su capacidad para producir información epidemiológica.

En la Fase V se espera poder lograr una primera producción del Sistema de Normatización en Salud Mental.

En las Fases VI y VII se contrastará este primer modelo a través de la implementación de Seminarios-Taller con responsables de las prestaciones de Salud Mental de las Obras Sociales, y se espera producir los insumos básicos para un programa de *software*.

El Proyecto se encuentra en la Fase III. Se ha concluido el estudio descriptivo de los modelos de prestaciones en Salud Mental, con una muestra seleccionada de Obras Sociales.

Se enmarca dentro de las investigaciones dirigidas a producir y mejorar tecnología de gestión\*\* en el sector salud. El campo a investigar se ha acotado a las prestaciones en Salud Mental dentro del sub-sector Obras Sociales del ámbito de la Capital Federal y el área metropolitana.

El proyecto fue incluido en el Sub-programa de Innovación Tecnológica SECYT-CONICET en el área de Tecnología de gestión en el sector salud. El campo a investigar se ha acotado a las prestaciones en Salud Mental dentro del sub-sector Obras Sociales del ámbito de la Capital Federal y el área metropolitana.

Elegimos el sub-sector Obras Sociales por la factibilidad de transferencia del producto. Existe interés

## Resumen

Este trabajo se basa en resultados de una investigación sobre atención en salud mental en el sistema de obras sociales. Resume las conclusiones de su etapa descriptiva. Sobre una muestra seleccionada de Obras Sociales de Buenos Aires se aplicó una herramienta de recolección de datos. Se los analizó y sistematizó alrededor de las siguientes áreas: Modelos de cobertura, Modelos Administrativo-financieros, Modelos de Asistencia, Control y seguimiento de gestión. Las conclusiones de esta etapa servirán para la construcción de un sistema normativo flexible, aplicable a prestaciones en salud mental en obras sociales, y los insumos básicos para la elaboración de un *software* específico.

**Palabras Clave:** Salud Mental - Tecnología de gestión - Obras Sociales - Sistemas de atención

## MENTAL HEALTH CARE IN ARGENTINE "OBRAS SOCIALES"

### Summary

This work is based on the results of research about health services for the "Obras Sociales" (medical insurance for workers belonging to union) of Buenos Aires. It is a synthesis of the conclusions of its descriptive stage. The data was obtained from sample of Obras Sociales. The data has been analyzed and systematized into the following categories: Coverage Models, Administrative-Finance Models, Assistance Models, Control and Follow-up of management. The conclusions of this stage will serve to build a standard and flexible system, which could be applied in the services of mental health in the "obras sociales", and it will be used for developing software relevant to mental health.

**Key Words:** Salud Mental - Health services - "Obras Sociales" - Attention systems.

\* Los autores conforman el Equipo de Investigación PID 0367, SECYT/CONICET.

\*\* El proyecto fue incluido en el Sub-programa de Innovación Tecnológica SECYT-CONICET en el área de Tecnología de gestión.



por los resultados ante la compleja situación que presenta dicho sector, que es de particular relevancia en nuestro país\*. La población cubierta por este sub-sector se estimó, en 1994, en 23.486.000 beneficiarios para todo el país. En la Capital Federal, el porcentaje de afiliados a Obras Sociales en ese año alcanzaba el 64,1% de la población, equivalente a 1.898.000 beneficiarios según datos provistos por la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía.

En lo relativo al área de estudio, cabe señalar que las prestaciones de Salud Mental en la Argentina aparecen como un vasto y rico campo inexplorado, en el que se desarrolla una multiplicidad de acciones y que cuenta con escasas o nulas herramientas de evaluación. Un relevamiento previo realizado a los fines de esta investigación mostró la escasa existencia a nivel nacional, de bibliografía acerca, por ejemplo, del tema de auditoría en Salud Mental.

Existe una noción, no demasiado fundamentada, de que la atención en Salud Mental es relativamente superflua, excepto en el caso de pacientes psiquiátricos francos. No obstante, las cifras no parecen coincidir con esto. Según Saúl Feldman en EE.UU., en 1975, los costos indirectos por pérdida de producción debidos a enfermedades mentales no asociadas al uso de drogas o alcohol, se estimaron en 17.000 millones de dólares. Si se suman los gastos en tratamiento, investigación y capacitación, la suma asciende a 31.000 millones de dólares(4).

En nuestro país existen pocos estudios recientes sobre el impacto de los padecimientos de Salud Mental. El último estudio global de prevalencia de signos y síntomas psiquiátricos sobre el total de la población—realizado por el CONICET,

bajo la dirección del Dr. Pagés Laraya y la Dra. Martina Casullo(7)—data de principios de la década del 80. Nada permite, no obstante, suponer que la incidencia de estas problemáticas sea significativamente diferente de otras poblaciones similares, predominantemente urbanas e insertas en un proceso de producción y reproducción social de características equivalentes.

Según una encuesta de 1990 de la Asociación de Psiquiatras, sólo un 10% de los médicos clínicos prescribe medicación antidepresiva y, cuando lo hace, fija la dosis en un tercio inferior a la considerada eficaz(8).

También una adecuada atención de la Salud Mental parece redundar en una mejor calidad de la atención médica en general, reduciendo costos innecesarios.

Otro estudio, realizado en los EE.UU., mostraría que muchas de las personas que buscan atención médica (tal vez hasta un 60% de las consultas en ambulatorios) tienen poca o ninguna afección orgánica, pero sí problemas de índole psicosocial. Por lo tanto, utilizarían más consultas y estudios de los que deberían, exponiéndose a cirugías innecesarias y a medicación excesiva e incrementando el costo de la atención en salud(4).

Con respecto a la eficacia del instrumento psicoterapéutico, se ha observado que, por ejemplo, reduce en casos de asma la utilización de la atención médica en un porcentaje que oscila entre el 14 y el 20%(9).

A las problemáticas que tradicionalmente se encuentran ligadas al campo de la Salud Mental, se suma la aparición de una extensa gama de padecimientos asociados a las condiciones de vida de la época o a la prevalencia de las así llamadas "nuevas patologías" o "nuevas enfermedades". Estas requieren un abordaje interdisciplinario del que los profesionales de la Salud Mental deben necesariamente formar parte, a la hora de diseñar los modelos de atención.

Frente al alto nivel de heterogeneidad y fragmentación en las normas que regulan las prestaciones en Salud Mental, la investigación se plantea:

- Describir y analizar la variedad de modelos existentes y las normativas vigentes en las prestaciones en Salud Mental en el subsistema de Obras Sociales.

- Producir un modelo flexible de normatización de las prestaciones en Salud Mental, que incorpore indicadores cualitativos y cuantitativos que faciliten una evaluación permanente de la gestión y modificar una determinada estrategia durante su transcurso.

- Producir los insumos básicos para la confección de un *software* de aplicación en servicios de Salud Mental del subsistema de Obras Sociales adecuado a los sub-sectores público y privado.

- Sentar las bases teórico-técnicas para un sistema específico de auditoría en Salud Mental.

- Transferir a las Obras Sociales y a sus entes administrativos y reguladores, un sistema de normatización que cumpla con los objetivos de mejoramiento de la calidad de los programas de Salud Mental.

- Mejorar la capacitación profesional al brindar parámetros de eficiencia. Transferir a los centros de capacitación de profesionales en Salud Mental (Universidades, Escuelas y Asociaciones de profesionales, Instituciones asistenciales etc.), criterios operativos a ser adoptados para mejorar los programas curriculares.

- Mejorar la calidad y la eficacia de las prestaciones, como vía para disminuir los costos sociales de las problemáticas de Salud Mental, los gastos médicos innecesarios ligados a ellas y el número y duración de las internaciones psiquiátricas.

Sabemos que la generación de normativas para la atención en Salud Mental presenta dificultades inherentes a la particularidad del área y diferencias con respecto a otras prácticas más fácilmente cuantificables.

\* Contamos con una carta de interés de la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) y con una invitación de SADAM (Sociedad Argentina de Auditoría Médica) para dictar un seminario sobre Auditoría en Salud Mental.



La construcción de esta propuesta de normatización debe contemplar la especificidad de las instituciones, de sus usuarios y de sus prestadores y, a la vez, permite el intercambio con otras experiencias.

Se prevé facilitar la transferencia a través de la generación de mecanismos para implicar a los actores en el proceso mismo de la investigación. Es por eso que está programada la realización, en una de sus etapas, de seminarios-taller con personal decisor del sistema de prestaciones de las Obras Sociales.

La dificultad inherente a la materia con la que trabajamos requiere un esfuerzo investigativo, pero no justifica de manera alguna la renuncia a una normatización.

#### Breve reseña histórica del sector de Obras Sociales

Podemos situar en 1858 con la creación de la Unión Tipográfica Bonaerense el inicio de las organizaciones Mutuales para "proteger a los que necesitan un auxilio justo" y "prestar socorro a los miembros que se enferman o imposibilitan para el trabajo". Los principios que regían esta forma de organización eran los de solidaridad de clase y protección mutua de los trabajadores(6).

Con el primer gobierno Peronista a mediados de los '40, la forma organizativa que asumen las Obras Sociales responde en términos generales al llamado modelo bismarkiano de seguro social diferenciándose del modelo de la seguridad social(5).

En esta década la asistencia se define en términos de justicia y las relaciones laborales en términos de derecho, fundando un nuevo modelo social que amplía la categoría de trabajador desde la de "obrero industrial", a la de "asalariado formal".

Los derechos sociales quedan adscriptos a la categoría de trabajador formal así definido. En este momento histórico fue posible un deslizamiento entre la categoría de trabajador asalariado y la de ciudadano; ello se debió a las condiciones



de pleno empleo vigentes. Este deslizamiento configura un sistema que abarca a gran parte de la población, no obstante que no es universalista ni homogéneo ya que sólo cubre a los asalariados del mercado formal de trabajo y da prestaciones diferenciales según la rama y obra social. Por entonces no había un aporte del Estado.

Las Obras Sociales, en sus inicios, desarrollan una modalidad de prestación directa, mediante la creación de sanatorios de internación, clínicas de atención ambulatoria y farmacias propias. Los aportes son recaudados directamente por cada una de ellas.

Durante la gestión de Juan Car-

los Onganía (1966-1970) se promulga la ley 18.610/70 de afiliación obligatoria, se crea el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) y se le asigna a los empleadores la función de agentes obligatorios de retención. Se crea el fondo de redistribución, manejado por el INOS, conformado por el 10% de la recaudación de cada entidad, para socorrer a entidades de menores recursos.

La afiliación obligatoria produce un aumento repentino de la cantidad de afiliados. El número de beneficiarios del sistema pasa de 3.500.000 a 16.000.000 y rebasa la capacidad de prestación propia de las Obras Sociales, dando comienzo



a la contratación de prestadores del sector privado, lo que produce un crecimiento del mismo. Se inicia así una modalidad de transferencia de recursos de las Obras Sociales a dicho sector, que introduce un nuevo actor social en la pugna que permanentemente se produce alrededor de las mismas". Se calcula que desde su creación, las Obras Sociales giraron al sector privado una masa de dinero que supera en 10 veces la deuda externa del país"(3).

Los gobiernos que se suceden con posterioridad intentan reformular el sistema con distintas orientaciones según los lineamientos políticos que los rigen (ver cuadro anexo). En general los distintos intentos no llegan a producir transformaciones de fondo.

Desde mediados de los '70 comienza a desarrollarse una crisis financiera del sector. Confluyen como causa de la misma el encarecimiento de las prestaciones por la introducción masiva de la alta tecnología, la evasión de aportes, las deficiencias administrativas y la disminución de la recaudación al reducirse el salario.

### La reconversión del sector

Como parte de las nuevas tendencias de transformación de los sistemas de salud que se proponen desde organismos financieros internacionales, de fuerte impacto en la fijación de políticas ( básicamente el Banco Mundial), comienza a intentarse una reforma según la cual el sistema de las Obras Sociales debería, de hecho, regirse por los principios básicos del aseguramiento individual, entrando en competencia mercantil entre sí y con los sistemas de aseguramiento prepago. Al respecto dice el Informe sobre el desarrollo Mundial 1993 *Invertir en Salud*, del banco Mundial: "conseguir más competencia y responsabilización es uno de los principales objetivos que se estudian actualmente en la Argentina para reformar el seguro social"(2).

En la línea de esta tendencia se inscribe el documento producido por FIEL (*Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas*, organismo creado por la Cámara Argentina de Comercio, Bolsa de Comercio de Bs., As., Unión Industrial Argentina y Sociedad Rural Argentina) presentado en la reunión de ADEBA (Asociación de Entidades Bancarias de Argentina) en 1991. En él se define el sistema como un seguro y se plantea la libre competencia como solución a la crisis financiera del sector. Este documento constituye una toma de posición de actores de peso a la hora de decisiones económicas políticas.

En 1991, durante el primer gobierno de Carlos Menem, se promulga el Decreto de Desregulación N° 2284. Si bien no refiere a las Obras Sociales en forma explícita, sienta las bases político institucionales de su futura desregulación.

En 1993 el Decreto 9/93 del PEN de desregulación de las Obras Sociales establece en realidad "una regulación con otras reglas, que las coloca frente a la libre elección y competencia mercantil entre ellas y con prepagas o aseguradoras de salud, sin posibilitarles complementaciones entre las propias Obras Sociales"(3).

En 1995 el Decreto N° 292 profundiza lo planteado en el anterior. Se reduce la contribución patronal, se establece la redistribución automática del fondo solidario de redistribución y se eliminan las coberturas múltiples.

Esto trae como consecuencia un mercado de servicios de salud con participación de los grandes capitales, modelo que responde a lo impuesto por el FMI, BM.

El decreto 492/95 establece el Programa Médico Obligatorio (PMO). Este programa incluye un conjunto de prestaciones básicas mínimas y universales que engloban a 9.000.000 de personas con cobertura brindada por la seguridad social.

En 1996 dos decretos, el 1141 y el 1142, cumplimentan el progra-

ma de Reconversión de Obras Sociales (PROS) y plantean el comienzo de la regulación de las empresas de medicina prepaga, las que podrían competir con las Obras Sociales en la captación de afiliados, a partir de 1988. Esta última medida entra, en 1997, en suspenso como parte de la negociación del gobierno con la C.G.T.

El PROS, que cuenta con apoyo financiero del Banco Mundial, plantea tres ejes para la reconversión de las Obras Sociales: a. El saneamiento de la situación financiera; b. la racionalización de la estructura funcional; c. la adecuación de sus prestaciones al Programa Médico Obligatorio (PMO). De hecho impone la desaparición de las Obras Sociales pequeñas, con menos de 10. 000 afiliados que se ven obligadas a fusiones, y acelera un complejo proceso político económico, que se encuentra en desarrollo y que cuenta con actores diversos y poderosos. Las últimas gestiones de acuerdo entre el gobierno y los representantes sindicales, parecen dirigirse a diferir la entrada en competencia con el sector de prepagas. Y la apertura de la libre elección no produjo un traslado masivo de usuarios entre Obras Sociales.

El PMO consiste en un conjunto de prestaciones básicas que toda Obra Social debe garantizar como cobertura a sus asociados y que incluye prestaciones de nivel primario y secundario, proponiendo aranceles a pagar por el usuario. En cuanto a Salud Mental, en Atención Primaria figura la psicoprofilaxis obstétrica y en Secundaria, dentro de la especialidad Psiquiatría figuran 30 consultas por año, con un coseguro de \$5 y treinta días de internación por año. Se establece, asimismo, el médico de cabecera como vía de entrada al sistema.

Cabe adelantar que todas las Obras Sociales relevadas proveen a sus usuarios una cobertura en Salud Mental mayor que la establecida por el PMO. No obstante esta investigación realiza, en esta etapa del relevamiento en terreno, un corte



diacrónico en instituciones que están en pleno proceso de transformación, lo cual obliga constantemente a reconstatar los resultados obtenidos y da cuenta de su provisoriedad.

### **Características de las prestaciones en Salud Mental (relevamiento en terreno)**

Como primera etapa en terreno de la investigación, realizamos un estudio descriptivo de los sistemas de atención en Salud Mental implementados por las distintas Obras Sociales relevadas. Los pasos metodológicos seguidos en esta etapa fueron:

#### **Selección de la muestra**

Criterios para la selección de la muestra

1. Área geográfica metropolitana.
2. Accesibilidad (aquellas que aceptaran formar parte del estudio).
3. Las características de la estructura productiva actual del país y de la distribución de trabajadores de la Capital Federal se reflejan en la proporción de Obras Sociales de trabajadores del rubro Servicios en relación a las de producción.
4. Nº de afiliados: se seleccionaron Obras Sociales con número de afiliados alto y se omitieron las de menos de 10.000 afiliados porque requieren fusión para entrar en el PROS.
5. Aporte por beneficiario, más de \$40 y menos de \$40 (debido al aporte mínimo por beneficiario establecido por el PMO).

#### **Elaboración de Herramienta**

Para realizar las entrevistas semidirigidas se elaboró el cuestionario 1, formulario de recolección de datos, en un programa específico: EPI INFO versión 5. Se la piloteó en cuatro entrevistas y se la reformuló para su aplicación definitiva.

La herramienta fue aplicada a la muestra de 9 Obras Sociales. La po-

blación cubierta por esta muestra es el 75% de los usuarios de Obras Sociales de capital y conurbano.

Las entrevistas se realizaron a personal decisor de las Obras Sociales y de sus entidades prestadoras.

Se trató de rastrear datos sistematizables en torno a cuatro áreas desglosadas con fines metodológicos. Se utilizaron técnicas de revisión documental, entrevistas con informantes claves. Se elaboró y aplicó una herramienta (cuestionario) a directores y personal decisor de las Obras Sociales y de las entidades prestadoras, ajustada en un piloteo preliminar.

Las áreas alrededor de las que se sistematizó la información fueron:

1. *Modelos de Cobertura*: tipo y extensión de las prestaciones, cantidad de prestaciones y tasas de uso.
2. *Modelos Administrativo-Financieros*: costos del sistema, porcentaje del gasto en Salud Mental dentro del gasto en salud, gasto *per cápita* en Salud Mental, distribución del gasto por modalidad de atención, modalidad de contratación de las prestaciones
3. *Modelos de Asistencia*: vía de entrada del paciente al servicio, nivel de integración de las prácticas en Salud Mental con las prácticas de salud, modelos de historia clínica, marcos teóricos, tipo de agrupación nosográfica utilizada para el diagnóstico y actividades de capacitación.
4. *Control y Seguimiento de Gestión*: criterios de auditoría y dispositivos de evaluación de las prestaciones en Salud Mental.

A través de la aplicación de la herramienta y del análisis, se pueden señalar las siguientes características:

#### **Modelos de cobertura**

##### **Tipo de Prestaciones**

Todas las Obras Sociales seleccionadas (salvo una que no proveyó los datos), cuentan con las siguientes prestaciones: Consulta Psiquiátrica, Psicoterapia, Internación Total, In-

ternación Parcial (Hospital de Día), Intervención en Crisis, Psicoprofilaxis y Acciones preventivas.

#### **Consulta psiquiátrica y psicoterapéutica, Tiempos de cobertura**

Con respecto a Consulta Psiquiátrica y Psicoterapia, existe entre las distintas Obras Sociales una diferencia de tiempos de cobertura, siendo en algunos casos limitada y en otros no.

De los datos obtenidos podemos inferir que la prestación ilimitada como enunciado, no significa que en la práctica los tratamientos no tengan límites temporales.

Operan distintos factores para su acotamiento:

#### **Características de la financiación**

Se dan casos de cobertura ilimitada –que en los hechos es pagada por el paciente(co-seguro)– que contrastan con otros donde la cobertura es limitada y la financia la obra social en su totalidad.

Otros condicionantes que tienden a acotar el tiempo –aunque el servicio aparentemente no tenga tope– son: el marco teórico (terapias breves, etc.), la infraestructura del servicio, cantidad de profesionales en relación a la demanda, control de seguimiento y evaluación de gestión, etc.

En síntesis, el carácter de limitada o ilimitada de la cobertura pareciera no tener relación directa con la calidad de las prestaciones, hipótesis que deberá corroborarse en etapas siguientes. Las razones por las cuales estos topes se colocan o no, de manera explícita, no parecieran fundadas en criterios de corte teórico asistencial, sino en razones económico y político-institucionales.

#### **Internación Total y Parcial**

En cuanto a la Internación Total, tres Obras Sociales funcionan con límite establecido, días/año/paciente, cinco plantean no po-





ner límites y una no brinda la información. Aquellas que no normatizan dicho límite, informan tener un tiempo promedio de internación que oscila entre los 30 y 90 días como máximo. Habría consenso con respecto a la necesidad de externar al paciente en el menor tiempo posible. La Internación Parcial (por ej. Hospital de Día) se presta en siete Obras Sociales. Esta modalidad de atención es considerada por los prestadores, como una eficaz alternativa terapéutica que tiende a reducir costos. En una de las instituciones relevadas se cuenta con casas de medio camino.

#### *Intervención en Crisis*

La prestación Intervención en Crisis está presente en todas las Obras Sociales (menos una que no aportó datos), aunque con diferentes modalidades. Se le otorga importancia dado que resuelve situaciones de gravedad evitando el ingreso del paciente a prestaciones más complejas e innecesarias. Todas afirman contar con psiquiatría de emergencia, seis con sistema de guardia telefónica y cuatro con otras modalidades más complejas como acompañamiento terapéutico e internación domiciliaria.

#### *Psicofarmacología*

En cuanto a la cobertura en psicofarmacología, el 66,6% de las Obras Sociales relevadas, cubre en su totalidad el costo de los psicofármacos durante la internación. El resto oscila entre un 60 y un 70% de cobertura.

En atención ambulatoria, sólo dos de las Obras Sociales cubre el 100% de la psicofarmacología. Todas las O. S. excepto una, afirmaron contar con un Vademécum propio.

No fue posible obtener datos sobre el gasto en este rubro. Los servicios de Salud Mental no lo incluyen en la evaluación de la calidad de las prestaciones y del funcionamiento del servicio en general. Se lo registra en el área de Farmacia, junto

con el resto de los medicamentos. No fue posible establecer contactos con este área que nos permitieran acceder a la información. Su funcionamiento es independiente del resto de los servicios.

La relevancia que adquiere este ítem, se manifiesta en el alto grado de consumo de psicofármacos, indicados tanto por especialistas en Salud Mental, como en salud en general. Según información provista por Fundación ISALUD el grupo de medicamentos psicotrópicos representaron, en 1995, el 8,3% del mercado total. En ese año se comercializaron 417.135.600 unidades, correspondiendo a una suma de \$319.228.000 (precios correspondientes a los de industria, sin incluir valores de distribución, venta e impuestos)\*.

#### *Acciones preventivas*

Siete Obras Sociales manifiestan contar con acciones preventivas. En muchos casos lo que incluyen en este rubro es prevención secundaria o atención de patologías específicas de impacto social (trastornos de alimentación, HIV, alcoholismo) o directamente problemáticas sociales (tercera edad, embarazo adolescente). De todas maneras estas acciones son acotadas y no modifican la tendencia a centrarse en la asistencia a la demanda.

#### *Número de Prestaciones Tasas de Uso*

Se construyó un estadígrafo: tasa de uso: (número de prestaciones –internaciones o ambulatorias–/ número total de afiliados por 10.000.)

De acuerdo a los datos obtenidos con respecto a la tasa de uso de internación, se puede observar una dispersión entre un valor mínimo de 2,3% y uno máximo de 13,8%.

Esta diferencia no necesaria-

\* Comunicación escrita (fax) en respuesta a la solicitud del equipo de investigación.

mente podría deducirse de una tasa distinta de morbilidad psiquiátrica, dado que por ej. entre la de valor máximo y la de mínimo, se encuentra mucha similitud en las características generales de sus poblaciones. De cualquier manera esta hipótesis no puede ser rechazada totalmente, teniendo en cuenta la ausencia de estudios epidemiológicos exhaustivos.

Nos inclinamos a suponer que esta dispersión responde más a las características de los servicios que al perfil de morbilidad de las poblaciones, pudiendo depender de:

- La calidad y oportunidad de los servicios ambulatorios que incidiría en la reducción de las internaciones.

- La posible tendencia de los servicios a resolver los conflictos por medio de la internación, así como la calidad de los dispositivos para intervenir durante situaciones de crisis.

- Al mismo tiempo sería necesario investigar qué tipo de pacientes se internan (psiquiátricos, geriátricos, sociales, etc.)

No puede descartarse la posible influencia indirecta de los modelos de contratación y pago de las prestaciones.

Con respecto a la tasa de uso en ambulatorio el valor mayor es de 520%, y el valor menor es de 150%. Esta alta dispersión requiere de un análisis que incluya variables referentes a las poblaciones usuarias y a las características de los servicios. No pareciera haber una relación significativa entre la tasa de uso en ambulatorio y la de internación.

#### *Modelos administrativo-financieros*

Para la evaluación de este ítem se tomó en cuenta la relación entre el gasto en salud general y en Salud Mental, la distribución del gasto en Salud Mental y los modelos de contratación de las prestaciones.

Sobre el total de 9 Obras Sociales contenidas en la muestra, 4 de ellas



(el 44%) no proveyeron el dato del gasto en Salud Mental. Una de ellas por desconocerlo y tres por considerarlo un "dato reservado". Tres de ellas, tampoco dieron información sobre el gasto total en salud. La reserva en proveer información sobre aspectos económico financieros puede estar aumentada por las tensiones institucionales suscitadas por la reforma del sistema. No obstante ello, la ausencia o carencia de datos sistematizados permite deducir una falla administrativa del sistema, dado que si los mecanismos de gestión fueran adecuados, estos datos deberían estar actualizados y procesados de manera permanente. Llamó la atención el desconocimiento de estos datos por parte de informantes situados en cargos decisores.

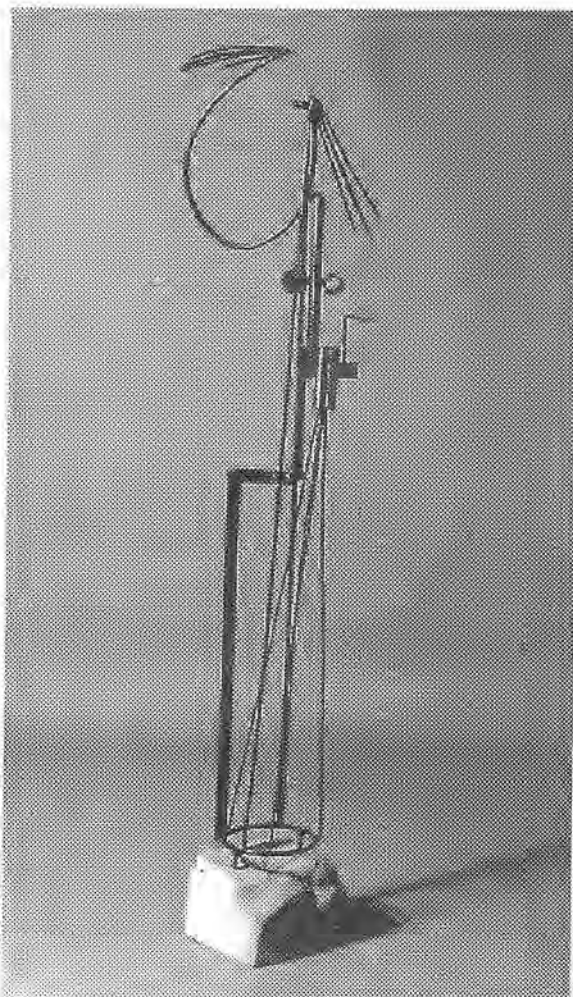
#### **Distribución del porcentaje del gasto en Salud Mental sobre el gasto total en salud**

Se distribuyó entre un valor mínimo de 2,5% y uno máximo de 8%. No obstante la obra social que reporta esta última cifra, incluye dentro del gasto el co-seguro pagado por el paciente. Sacando ésta, dado que la respuesta no se adecua a la categoría en estudio, el porcentaje oscila entre el 2,5 y el 3,3%, siendo bastante homogéneo.

Teniendo en cuenta que la obra social que registra el 8% tiene co-seguros con valores altos, es presumible que, retirando el valor del co-seguro, el gasto dé un porcentual similar a las anteriores.

#### **Gasto por usuario en prestaciones de Salud Mental (relacionado con modelo de contratación)**

El gasto *per cápita* (sobre el total de usuarios, en un estimado que es provisorio debido a la necesidad de ajustar este último dato) oscila entre un mínimo de \$0.57 y un máximo de \$2.17 por mes.



La obra social que registra el gasto *per cápita* más bajo (\$0.57), tiene efectores propios para la atención ambulatoria y contrata la internación por un sistema por pago por módulos.

La que registra el segundo gasto más bajo, \$1 *per cápita*, tiene efectores propios en ambulatorio y contrata por capitado la internación. Los profesionales que trabajan en atención institucional, en esta última, perciben honorarios y los que atienden en sus consultorios propios, inscriptos en la cartilla, reciben como honorarios únicamente el co-seguro que paga el paciente.

La que registra el gasto por usuario más alto: \$2,17, (exceptuando la del 8% por error), contrata una UTE (unión transitoria de empresas), por sistema de capitado, para el conjunto de las prestaciones. Tie-

ne una tasa de uso de 5,8% en internaciones y de 521% en ambulatorio. Esta obra social se ubica en tercer lugar en tasa de uso de prestaciones en internación y la más alta en ambulatorio.

En las entrevistas manifestaron que, recientemente, redujeron el gasto en Salud Mental a la tercera parte de lo que era, por medio de un cambio radical en el sistema de contratación. Dieron de baja a los prestadores anteriores y las instituciones de internación, luego de una investigación que registró numerosas irregularidades.

Al comparar la modalidad de pago por prestación a efectores propios en ambulatorio, con la organización del mismo servicio en pago por capitado a empresas que a su vez contratan los efectores, encontramos que (contrariamente a lo que se supone según las orientaciones actuales) la primera resulta en menor costo.

Aún pagando a los profesionales honorarios mayo-

res a los que pagan las empresas contratadas *per cápita*, resulta en un menor gasto para la obra social. Probablemente esto se deba a que el margen de ganancia de las empresas que cobran por capitado, no está regulado (un cálculo a confirmar permitió deducir que la ganancia sobre la *cápita* en una de las empresas es del 25%). Esto se lograría a expensas de los honorarios profesionales y de la obra social.

Teniendo en cuenta estos resultados se puede formular la hipótesis de que la contratación a pago por prestación de efectores propios en ambulatorio parece resultar, en los casos observados, un factor de reducción de costos, contraviniendo la teoría general al respecto.

Un factor influyente podría ser la abundancia de profesionales del área (un psicólogo cada 350 habi-



tantes en Capital Federal según investigaciones recientes)(1), que reduce el valor de los honorarios. De esta manera, aún en el caso de que se pagaran honorarios "elevados" según valor de mercado, el costo total final sería inferior al reducirse el gasto correspondiente a la ganancia de la empresa intermediaria prestadora.

Es señalable que nada permite presuponer que un mayor gasto *per cápita* se relacione directamente con un mejor nivel de atención, (la variable calidad de la atención forma parte de los objetivos a desarrollar en la fase siguiente de la investigación).

#### **Distribución del gasto en Salud Mental**

En la obra social de mayor gasto por usuario, el 70% del gasto se destina a ambulatorio y el 30% a internación. En tres Obras Sociales el gasto de internación es el 75%, el 80% y el 84,4% del gasto total en Salud Mental. La otra obra social que proveyó información, paga el total de las prestaciones por capitado a una empresa privada, que informa gastar el 30% en ambulatorio y el 25% en internación. El 45% restante se distribuye entre la ganancia de la empresa y los gastos administrativos sin que nos haya sido posible deslindar el porcentaje correspondiente a cada ítem.

Destacamos que el gasto es menor en ambulatorio que en internación (salvo en un caso). Desde una lógica administrativa económica adecuada a criterios actuales, la proporción debiera ser mayor en prestaciones ambulatorias que en internaciones. Aún contemplando el hecho de que la unidad de prestación en internación requiere mayores insumos. Habría que rastrear con respecto a esta proporción, algunos aspectos:

- Todos los entrevistados manifestaron que las Obras Sociales, siguiendo su característica de sistema solidario, se hacen cargo de pacientes crónicos y sociales (ej. ancianos psiquiátricos sin familia),

los que no estarían cubiertos desde una lógica de aseguramiento individual.

- La calidad de los servicios ambulatorios y de intervención en crisis puede influir dado que su función es, entre otras, prevenir la demanda. En este sentido, la misma desproporción del gasto a favor de las internaciones tendería a reproducir el circuito.

- La posible influencia en la producción en la demanda de internación de la oferta de las instituciones prestadoras.

En ningún caso fue posible que se nos proveyera el dato correspondiente a porcentaje del gasto destinado a administración. Una de las Obras Sociales manifestó cubrir los gastos administrativos en Salud Mental con el co-seguro pagado por los pacientes.

#### **Modelos de contratación**

Se tomó como variable si las Obras Sociales cuentan para brindar sus prestaciones ambulatorias y de internación, con efectores propios (cuando la prestación se brinda a través del cuerpo de profesionales y/o establecimientos asistenciales pertenecientes a la obra social), o efectores contratados (unidades de contratación: establecimientos privados, públicos, UTE o empresa de servicios).

Según la forma de pago se tuvo en cuenta si la obra social contrata servicios por prestación, *per cápita* o por módulo. Y en el caso de los efectores propios, si el pago a profesionales se realiza por prestación, por hora, o por sueldo.

El análisis de los resultados arroja que dos Obras Sociales contratan integralmente todas las prestaciones por capitado, el resto tiene formas mixtas, combinando en general efectores propios en las prestaciones ambulatorias (pago por salario y/o por prestación) con contratación de instituciones para la internación.

El valor de la *cápita* en las dos que contratan por capitado todo el servicio es de 1,20 y 2,17 respectivamen-

te. El valor de la *cápita* de contrato entre los que combinan efectores propios y pago por capitado de algunas prestaciones (básicamente internación) es de 0,70 y 0,36.

En lo relativo a la unidad de contratación, dos contratan establecimientos privados y públicos, tres sólo establecimientos privados y una de ellas una UTE.

En lo relativo al pago y al valor establecido para el co-seguro, cinco Obras Sociales cobran co-seguro por la prestación ambulatoria, oscilando éste entre 3 y 20 pesos como valores mínimo y máximo respectivamente, coincidiendo el valor máximo, que corresponde a atención en consultorio privado, con una suma adecuada a un pago privado, (teniendo en cuenta los valores de mercado).

#### **Modelos asistenciales**

##### **Vía de entrada del paciente al servicio**

Se relevó información tomando en cuenta las siguientes variables: médico de familia, demanda espontánea, admisión, cartilla.

Observamos que todas las Obras Sociales, salvo una, manifiestan regular este mecanismo a través de una entrevista de admisión de Salud Mental. Dos Obras Sociales cuentan con médico de familia como derivador al servicio y otras tres manifiestan estar en vías de instrumentarlo, no sólo como derivador sino también como un primer agente de salud. No obstante, en tres de ellas el usuario puede acceder directamente al profesional de Salud Mental por cartilla si lo prefiere.

La tendencia general a regular la entrada al sistema inicialmente por admisión específica y más recientemente por medio de médico de familia, puede considerarse un avance en relación a la entrada espontánea por cartilla, dado que permite un diagnóstico y derivación más oportuno. También parece promovida por el impacto en las institu-



ciones de la implementación del PROS (Programa de Reformas de las Obras Sociales)

#### **Nivel de Integración entre las prácticas de Salud Mental y las de salud en general**

Se consideraron como indicadores la existencia de interconsulta y de actividad interdisciplinaria. Siete manifiestan poseer práctica de interconsulta y una, además, trabajar a nivel de interdisciplina. Los dos restantes no tienen o no proveen la información. La misma desarticulación entre las formas de atención médica en general y las de Salud Mental constituye un límite para la integración de la atención, particularmente de las problemáticas que requieren necesariamente de un abordaje interdisciplinario.

#### **Modelo de historia clínica**

Tres Obras Sociales manifestaron contar con un modelo de historia clínica unificada (historia clínica donde los distintos especialistas vuelcan los datos). Una dice utilizar este modelo sólo para algunos casos. Una obra social dijo tenerla en proceso de elaboración. Siete Obras Sociales manifestaron tener historia clínica específica para Salud Mental; entre ellas se cuentan las que afirmaron tener historia clínica unificada. Dos no proveen información. En casi ningún caso fue posible conseguir un modelo de la misma.

#### **Marcos referenciales**

Sólo en una obra social manifestaron tener un marco referencial único, el psicoanalítico. Las restantes entraron en la categoría de "variable", dado que afirman tener distintos marcos teóricos dentro de un mismo servicio. Éstos parecieran quedar a elección de los profesionales.

#### **Agrupación nosográfica utilizada**

Tres Obras Sociales utilizan un solo tipo de agrupación nosográfica: el DSM-III, el DSM-IV y el CIC-SOMS 10 respectivamente. Dos uti-

lizan indistintamente dos tipos de categorizaciones: DSM-IV y CIC-SOMS 10, DSM-III y DSM-IV. De las restantes dos afirman trabajar con otros criterios de categorización y dos no proveen o no cuentan con el dato.

#### **Actividades de capacitación del equipo de Salud Mental**

Salvo dos que no proveen información, las restantes manifiestan tener reuniones periódicas de equipo. Tres plantean la existencia de ateneos de profesionales y cuatro la actividad de supervisión como parte del funcionamiento de los equipos.

#### **Control y seguimiento de gestión**

En cuanto a los dispositivos de evaluación para las prestaciones en Salud Mental, observamos que: cinco Obras Sociales cuentan con datos estadísticos poco sistematizados en sistemas informáticos no específicos. Dos Obras Sociales reali-

zan entrevistas a ex-pacientes como forma de seguimiento de los resultados terapéuticos y tres encuestan pacientes.

Ocho Obras Sociales manifestaron contar con sistema de auditoría para todas las prestaciones. Pese a esto, se deduce de los aspectos cualitativos de las entrevistas que auditan Internación total e Internación parcial en forma prioritaria. En la mayoría de ellas, la auditoría es realizada en el momento del vencimiento de los plazos convenidos para las prestaciones y al efecto de decidir acerca de la prórroga o no de aquellos. El sistema de auditoría no incluye criterios específicos para la evaluación de la calidad de las prestaciones en Salud Mental, particularmente en ambulatorio.

Es de destacar la falta de datos estadísticos vinculados a la prevalencia e incidencia de patologías mentales en las poblaciones cubiertas lo que, en sí mismo, es un obstáculo para la evaluación de los servicios.





## Conclusiones

Las Obras Sociales tienden a brindar una amplia gama de prestaciones en Salud Mental que son predominantemente de tipo asistencial. Este sistema parece haberse configurado tanto por las demandas de los usuarios como por las ofertas del sector profesional y de instituciones prestadoras. Influye, también, la historia particular del gremio y de la obra social. Las acciones preventivas son puntuales y existe cierta confusión entre prevención primaria, secundaria y atención a grupos con patologías específicas. No hay una política preventiva o asistencial formulada a partir de un diagnóstico de problemáticas de la población.

Pese a la ausencia de una normatización común, los tipos de cobertura brindada y los tiempos de las mismas configuran un perfil bastante homogéneo. Salvo dos instituciones, que no proveen información, todas dan mayor variedad y cantidad de prestaciones que las contempladas en el Programa Médico Obligatorio. El personal decisor entrevistado manifestó, prácticamente en todos los casos, la decisión de mantener este tipo

de cobertura aunque se trate de bajar los costos. La utilización de los servicios por parte de la población (tasa de uso) sí presentó bastante dispersión entre distintas Obras Sociales.

En cuanto a los modelos administrativo-financieros, el porcentaje del gasto en Salud Mental se sitúa alrededor del 3% del gasto total en salud sin que se incluya en él el gasto en psicofarmacología. Los modelos de contratación son variados. Es de destacar que la combinación de efectores propios con contrato por capitado para prestaciones específicas resulta más económica que la contratación global por capitado a una empresa. La distribución del gasto en Salud Mental se centra en las internaciones.

En cuanto a modelos de asistencia aparece una gran diversidad en la vía posible de entrada del paciente al servicio y los marcos teóricos utilizados. El nivel de integración de las acciones de Salud Mental con las de salud es escaso, coincidiendo con la fragmentación del sistema asistencial. La ausencia de modelos comparables de historias clínicas, e inclusive la ausencia de historias clínicas comunes dentro de los servicios es un indicador de falta de

integración y un obstáculo en la producción de datos epidemiológicos y de evaluación de las prestaciones.

En el ítem de control y seguimiento de gestión es de señalar la escasa producción sistemática de datos y la carencia de información epidemiológica.

El no contar con sistematización de datos extraídos de historias clínicas o de estadísticas comparables, dificulta la evaluación permanente del sistema dificultando su transformación.

Los criterios de auditoría carecen, en la mayoría de los casos, de la especificidad con que debieran contar. Se centran en los aspectos administrativos y control de las coberturas y no aparecen como evaluadores globales de la eficiencia de las prestaciones.

Los siguientes pasos de la investigación tienden a profundizar las preguntas planteadas a partir de este estudio exploratorio. El diseño de un primer sistema de lineamientos normativos será contrastado y corregido en los seminarios con personal decisor de Obras Sociales, para arribar a una versión consensuada con las instituciones ■

## Bibliografía

1. Alonso M. N., "Relevamiento sobre los psicólogos en la República Argentina" *XXIV Congreso Interamericano de Psicología*, Santiago de Chile, Julio de 1993.
2. Banco Mundial 1993, "Invertir en Salud", Washington D. C., Oxford University Press, 1993.
3. Borini, M., "Reforma Sanitaria Argentina: ¿Cómo se crea el nuevo excedente para una apropiación legalizada?", *Salud Problema y Debate/Primavera 1996*, Pág. 4-15.
4. Feldman, S., "Enfermedad mental y economía", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1985.
5. Grassi, E., y otros, "Políticas sociales, crisis y ajuste estructural (un análisis del Sistema Educativo, de Obras Sociales y de las Políticas Alimentarias)", Buenos Aires, Espacio Editorial, 1995.
6. Issuani, E., Mercer, H., "La fragmentación Institucional del sector salud en Argentina: ¿Pluralismo o Irracionalidad?", Publicación de la II Cátedra de Salud Pública-Salud Mental, *Facultad de Psicología UBA*, 1995, Unidad II-Módulo I, pág. 25-76.
7. Pagés Laraya, E., Casullo, M., Prevalencia de signos y síntomas psiquiátricos en la población argentina, CONICET, Bs. As., 1983.
8. PRONATAS (Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina) *Ministerio de Economía de la Nación*.
9. Schlesinger, H. J., "Mumford, E., y Glass, G. V., Mental Health Services and Medical Utilization. In: *Vanderbos, G. ed., "Psychoterapy: from practice to research to policy"*. Beverly Hills, California, Sage, 1980, pp. 71-102.

**Cuadro Anexo**  
**Evolución histórica de la legislación regulatoria de las Obras Sociales**

<b>Año</b>	<b>Ley</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Marco político-ideológico</b>
1944	Decreto 30665/44	Creación de la Comisión de Servicio Social. Propulsar y controlar la implementación de servicios sociales en las empresas	Afianzar el Modelo Populista (acumulación-legitimación). El Estado obliga a los empleadores a entregar un aporte sobre la nómina salarial, que sumaría a la de los beneficiarios directos.
1949	Constitución Nacional (1ª parte, cap. 3, art. 37)	Derechos Especiales del trabajador	Se consolida la categoría de trabajador, otorgándole identidad y legitimación social
1966/ 1970	Ley 18. 610/70	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generaliza el modelo y universaliza la cobertura declarándola obligatoria para todos los trabajadores en relación de dependencia y familiares a cargo.</li> <li>- Unifica descuentos salariales y la responsabilidad de los empleadores (se pasa de 3.500.000 beneficiarios a 16.000.000).</li> <li>- Creación del INOS (normatiza y ordena el funcionamiento de Entes pre-existentes).</li> <li>- INOS: Promueve, coordina e integra las actividades de O. Sociales, controla aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables.</li> </ul> <p>Nace como organismo descentralizado y termina dependiendo de la Dirección de Servicio Social del Ministerio de trabajo.</p> <p>Disposiciones de la ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Designa a los empleadores como Agentes Obligatorios de Retención de los Aportes de los trabajadores.</li> <li>- Los Sindicatos manejan los fondos.</li> <li>- Las O. Sociales están autorizadas a prestar servicios en forma directa o por contratación.</li> <li>- Creación del Fondo de Re-Distribución (manejado por el INOS, integrado por el 10% de la recaudación de cada entidad para socorrer a O. Sociales de menores recursos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La ley define las características de cada O. Social y las diferencias entre sí.</li> <li>- La política particular de cada Gremio determina la fuerza política y económica que tendrán, y la desigualdad en sus prestaciones.</li> <li>- La universalización de la cobertura, produjo el crecimiento del Sector Privado de Salud por efecto de la escasa capacidad propia de cobertura (1965-80 aumenta un 62% el sector privado. 1969-80 disminuye un 7% la capacidad asistencial del sector público = Censo 1980)</li> </ul>
1974	20. 748/74	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crea el Sistema Integrado de Salud (SNIS) del cual quedan excluidas las O. Sociales (art. 27).</li> <li>- Propone incorporar progresivamente al Sistema todos los Recursos de Salud de los distintos sectores (art. 3).</li> </ul>	Esta ley alcanzó solo al sub-sector público y puso de manifiesto la fuerte alianza entre Sindicatos y Empresarios de la Salud, quienes resistieron el Proyecto Populista inicial de socialización del Sistema de Salud.
1976/ 1980	22. 269/80 (no fue reglamentada, pero sí aplicada por las distintas intervenciones militares sobre gran número de entidades).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los beneficiarios del Sistema pueden optar por su afiliación a instituciones de Seguros Privados.</li> <li>- Se prohíbe a los Sindicatos organizar Mutuales o Cooperativas de Salud (se reducen las prestaciones de servicios propios)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambia el Marco Político-Social</li> <li>- Se crean las bases de la Privatización del Sistema de Salud (de la Solidaridad a la libre elección).</li> <li>- Nuevo Régimen Social de Acumulación.</li> </ul>

<b>Cuadro Anexo (Continuación)</b> <b>Evolución histórica de la legislación regulatoria de las Obras Sociales</b>			
<b>Año</b>	<b>Ley</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Marco político-ideológico</b>
1980	Ley complementaria: Ley de Asociaciones Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elimina la obligatoriedad de la afiliación y el aporte a la O. Social respectiva.</li> <li>– Aumenta los aportes de empleadores y empleados.</li> <li>– Desvincula jurídica-administrativa y financieramente a las O. Sociales de las organizaciones gremiales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tiende a reducirse el costo laboral para reencausar el proceso de acumulación del Estado.</li> </ul>
1983/ 1989	Proyecto de Ley del Seguro Nacional de Salud 1985 29-12-88 Leyes 23660/23661	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Destaca el papel del Estado como garante del Seguro Nac. de Salud.</li> <li>– Extiende la cobertura médico-asistencial a toda la población, incorporando a todos los trabajadores autónomos y grupos marginales (Boletín INOS 27).</li> <li>– Elimina el aporte de los trabajadores el (7, 5% sobre la nómina salarial a cargo del empleador, complementado con recursos provenientes Rentas Generales del Estado Nacional y de los Provinciales).</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Modelo de Transición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– El discurso de Democracia Social y Política es incompatible con el modelo económico neo-liberal impuesto por el FMI y el Banco Mundial.</li> </ul>
1991	Decreto de desregulación 2284/91	"... Libera a los habitantes de las restricciones de sus derechos y garantías constitucionales, que a través de regulaciones establecieron limitaciones a los derechos de comerciar, trabajar y ejercer industria..."	Este decreto si bien no alcanza a las obras sociales hasta el momento, será el contexto que promueve en forma espontánea su implementación sin regulación ni supervisión del estado
1993	Decreto PEN	Desregula las Obras Sociales	Ya no hay opción entre Libre Opción y Solidaridad. La salud no se sustrae de la órbita del Mercado.
1995	Decreto 292	Reducción de las contribuciones patronales, distribución automática del Fondo Solidario de redistribución. Elimina múltiples coberturas y unifica aportes para OS. Libre elección para los jubilados. Se transfieren las funciones de asistencia social del PAMI. Se traspasan pensiones no contributivas a la secretaría de desarrollo social. Cobertura de salud a los titulares de pensiones no contributivas nacionales. Transferencia de personal. Requisitos para acceder a los beneficios.	Creación de un Mercado de Servicios de Salud con participación de los grandes capitales. Modelo económico impuesto por el FMI y el Banco Mundial
	Decreto 492 (Modifica D 292/95)	Establece el Programa Médico Obligatorio, la fusión de Obras Sociales, la transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales y la reducción de contribuciones patronales.	

*Fuente:* Grassi, Estela; Hintze, Susana y Neufeld, María Rosa, *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural*, Espacio ed, Buenos Aires.



## La asistencia psiquiátrica y el personal psiquiátrico\*

Gregorio Bermann

Las convulsiones sociales de los últimos decenios, por una parte, y los progresos de las ciencias médicas, por la otra, condicionan la actual explosión del fenómeno psiquiátrico. Desde mediados de siglo se va imponiendo el criterio de que la salud mental es, al menos, tan importante como la salud física, y cada vez más, los conocimientos psiquiátricos se van integrando en el Cuerpo de las ciencias médicas. Tales hechos han ejercido también poderosa influencia en el proceso de la asistencia psiquiátrica.

La época de Cabred señala el período más fecundo de la asistencia psiquiátrica en la Argentina, y aun en América Latina. Posteriormente, durante más de tres decenios sobreviene un estancamiento que implica un grave retroceso, sobre todo si se tiene en cuenta el rápido crecimiento y desarrollo del país, y el envejecimiento de los antiguos sistemas asistenciales.

El clamor público, y en especial la obstinada denuncia de las defi-



*Gregorio Bermann*

ciencias de todo orden, hechas por los psiquiatras llevó, en 1957, por iniciativa de Raúl M. Carrea, a la constitución del Instituto Nacional de Salud Mental y organismos afines, que apenas tuvieron tiempo para dar resultado. Sucesivamente trataremos, en una suerte de corte transversal, los aspectos fundamentales del estado actual de la asistencia psiquiátrica en la Argentina, valiéndonos de los datos existentes, insuficientes y objetables en algunos casos.

### 1. Hospitales, colonias, sanatorios

Los establecimientos públicos para alienados son, en sus grandes líneas, internados de crónicos, aun cuando tengan servicios para agudos. El número de camas por dependencia administrativa, en el año 1958, está dado por el siguiente cuadro [Cuadro 1] que tomamos, así como algunos otros, del importante trabajo estadístico de Sylvia Bermann.

Según el Boletín de Estadística de la Municipalidad de Buenos Aires, se efectuaron en 1962, en los hospitales que de aquélla dependen, 887.987 consultas de primera vez en todas las especia-

\* Reproducción de los capítulos X y XI de "La Salud Mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina", Paidós, Bs. As., 1965.



**Cuadro 1****Año 1958 – Camas normales por dependencia administrativa**

Dependencia	N° de camas	%
Ministerio de Asist. Soc. y Salud Pública	15.603	67,6
Otros Ministerios y Entes Autárquicos	507	2,2
Provinciales	4.820	20,9
Municipales	—	—
Organismos Mutuales	15	0,1
Ayuda Social Privada	—	—
Establecimientos Privados	2.125	9,2
Total	23.070	100,0

lidades; las psiquiátricas fueron 4.916, o sea el 0,5 por ciento. De los 2.282.767 de segunda vez, 18.914, o sea el 0,82 por ciento, fueron de psiquiatría.

El 70% de las camas está en manos de la Nación. Del resto de las camas psiquiátricas, un 20,9% pertenece a la jurisdicción provincial. Los organismos mutuales tienen apenas un 0,1%, y los sanatorios privados, 9,2%. Por lo tanto, el 90,7% pertenece a la jurisdicción pública. El Estado va asumiendo cada vez mayores responsabilidades, principalmente por la carencia de organizaciones sociales, ti-

po seguro de salud, que se hagan cargo de los enfermos.

Los institutos privados existen, sobre todo, en las grandes ciudades: Buenos Aires, Córdoba, Rosario. Con la valorización de las tierras en el sector urbano de la Capital Federal, los sanatorios con mayor número de enfermos fueron clausurados, creándose, a poco, numerosas clínicas en la misma ciudad o en el Gran Buenos Aires. Algunas de las instituciones privadas tienen contratos con mutualidades, sobre todo de empleados y obreros nacionales, provinciales o municipales.

**Cuadro 2****Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Camas totales, camas psiquiátricas, porcentaje sobre el total**

Años	Total General	Total Psiquiátricas	Porcentaje Psiquiátricas
1955	31.251	15.772	50,5
1956	31.778	16.047	50,5
1957	33.367	15.591	46,7
1958	33.501	15.603	46,5

**Cuadro 3****Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Consultas externas neurológicas y psiquiátricas. Porcentajes sobre consultas externas totales**

Años Neur.	Consultas Sist. Nerv.		Consultas ext.		Porcentaje	
	1ª vez Psiqui.	1ª vez Neur.	1ª vez Neur.	1ª vez Psiqui.	1ª vez Psiqui.	1ª vez Psiqui.
1955	23.143	6.397	1.271.551	1,82	0,50	
1956	24.023	7.319	1.229.429	1,95	0,60	
1957	21.341	6.176	1.250.498	1,71	0,49	
1958	17.827	6.601	1.083.941	1,64	0,61	

**2. Estadísticas. Distribución**

En el orden nacional, las camas psiquiátricas ocupan al rededor de la mitad del total de las existentes, del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, en todos los hospitales, como puede verse en el cuadro adjunto [Cuadro 2], aun cuando apunta una tendencia a disminuir en relación con la totalidad.

Es notable, por otra parte, el gran contraste con los pacientes psiquiátricos atendidos en los servicios externos, que es inferior al 1%, aunque el Cuadro N° 3 es dudoso. Esto es demostrativo de la enorme insuficiencia en la atención de los enfermos agudos de la especialidad.

Por otra parte, la distribución de las camas ocupadas pone en evidencia, una vez más, uno de los más graves males de esta asistencia. Según el trabajo sobre demografía asistencial neuropsiquiátrica, de Isaac Novizki (1957), de las 25.330 camas psiquiátricas, pertenece al Gran Buenos Aires el 58,6%, con 2,6 camas por mil habitantes; la zona litoral tiene el 38,47 por ciento, con 1,1 cama por mil habitantes; la zona noroeste, el 2,14%, con 0,3 por mil; las zonas centro y oeste, el 1,30%, con 0,3 por mil; y las zonas noreste y sur 0 por mil. Aunque posteriormente se han creado algunos establecimientos con pocas camas (el Instituto Nacional de Salud Mental se ha preocupado desde 1958 de fundar pequeños hospitales psiquiátricos, y ambulatorios), las provincias de La Pampa, Neuquén, Comodoro Rivadavia, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Chaco, Formosa, Misiones, Catamarca, La Rioja, con una población de 2.014.000 habitantes, no tendrían camas psiquiátricas. Otras siete provincias, con una población de 4.503.000 habitantes, tienen 0,1 a 0,5 cama por mil habitantes; Santa Fe con 2.014.000, de una a dos camas por mil habitantes; el Gran Buenos Aires y Córdoba, con 7.163.000 habitantes, más de dos camas por mil.

En 1962, el Instituto Nacional de Salud Mental hizo el recuento de camas psiquiátricas que existían en el dominio del Instituto y de las provincias, que suman

24.908. A éstas habría que agregar más de 2.000 camas existentes en los institutos privados [Cuadro 4].

La arbitraria distribución de las camas, señala Sylvia Bermann, es un hecho cargado de hondas implicaciones médicas: en una elevada proporción, los pacientes no son atendidos en el lugar donde enferman; deben desplazarse hacia los sitios que disponen de elementos asistenciales, con el consiguiente hacinamiento, factor que gravita en forma negativa sobre el nivel de la asistencia; hay desarraigo del medio, lo que también es contrario al interés de los pacientes, más los gastos de traslado.

Con respecto a las condiciones de asistencia y número y clase de establecimientos en las diferentes regiones del país, vale la pena consultar los relatos oficiales a la Segunda Conferencia Argentina de Asistencia Psiquiátrica (Córdoba, julio de 1958), de Mario A. Sbarbi, para la Capital Federal y el Gran Buenos Aires; de Adolfo Lértora, sobre la provincia de Buenos Aires; de José Luis Locci, en el Litoral; de Ricardo Martorelli y Carlos A. Lucero Kelly, para el centro de la República (provincias de Córdoba, La Rioja y Catamarca); de Manuel Corbalán, para el noroeste argentino; y el de Nicolás Giudice para la región de Cuyo; en las Actas de la Cuarta Conferencia de Asistencia Psiquiátrica (Buenos Aires, 1960, página 339), de Héctor Lestani para el nordeste, así como las conclusiones de las Mesas Redondas de la Comisión Argentina Asesora en Salud Mental.

Enseñanzas valiosas proporciona el Instituto Nacional de Salud Mental sobre los establecimientos que de él dependen, con las cifras, para 1961, de la cantidad de camas "normales", las de emergencia, la cantidad de enfermos al 31 de diciembre de 1960, el número de médicos, la cantidad de personal, el presupuesto, el número de egresados, y los días de internación de éstos [Cuadro 5].

### 3. El cómo de la asistencia psiquiátrica

Es significativo que el número de camas normales esté excedido; es decir, que la capacidad de los

**Cuadro 4**  
**Número de camas psiquiátricas pertenecientes al Instituto de Salud Mental y de las Provincias (Año 1962)**

Provincias	I.N.S.M.	Provinciales	Totales
Capital Federal .....	7.224		7.224
Prov. de Buenos Aires .....	7.734	2.838	10.572
Catamarca			
Córdoba .....	3.541	117	3.658
Corrientes .....		116	116
Chaco .....			
Chubut .....			
Entre Ríos .....	70	225	295
Formosa .....			
Jujuy .....		30	30
La Pampa .....	110		110
La Rioja .....			
Mendoza .....	106	183	289
Misiones .....		150	150
Neuquén .....			
Río Negro .....			
Salta .....	270		270
San Juan .....		85	85
San Luis .....		62	62
Santa Cruz			
Santa Fe .....		1.364	1.364
Sgo. del Estero .....	270		270
Tucumán .....	100	313	41
Tierra del Fuego, Antártida e Islas .....			
Totales .....	19.425	5.483	24.908

**Cuadro 6**  
**Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública:**  
**camas normales e internados**

Años	Nº Camas normales	Internados al 31/12	Coefficiente de ocupación
1955	15.772	19.479	136
1956	16.047	19.862	117
1957	15.591	19.560	106
1958	15.603	19.517	98

grandes establecimientos demuestran hacinamiento, como se ve en el Cuadro N° 6.

"Los grandes establecimientos —señalaba E. Bringas Núñez en 1958— fueron empobreciéndose cada vez más por la reducción de sus presupuestos en relación al elevado costo de la vida, muchos de ellos envejecidos por la acción

del tiempo y en condiciones ruinosas... Los nosocomios de mayor capacidad, con pabellones en condiciones deplorables; soportando una sobrecarga de internados; con un personal técnico médico en número insuficiente y con sueldos miserables; con un personal de vigilancia, enfermeros, mucamas, etcétera, cada vez

**Cuadro 5**  
**Establecimientos dependientes del Instituto Nacional de Salud Mental**

Nombre	Cant.		Cant.	Cant.			Egre-	Días Int.
	Camas (Dotac)	Camas Emerg.	Enfer. al al 31-12-60	Profes.	Cant. Personal	Presupuesto \$	sados	Egres.
Hosp Neurop. Hombres	2.500	955	3.455	75	618	113.468.412	1.968	945.910
Hosp. Neurop. Mujeres	2.600	1.338	3.938	50	646	110.643.688	2.170	1.100.920
Colonia "Dr. Domingo Cabred"	2.166	943	3.109	27	541	96.467.234	366	1.005.036
Colonia "Cerdea"	1.050	583	1.633	18	290	49.982.730	81	264.697
Hosp. Neurops. Muj. Lomas de Zamora	2.500	308	2.808	33	484	78.810.038	349	600.896
Colonia "Vidal Abal"	2.500	1.096	3596	19	413	93.367.637	431	865.230
Hosp. Neurop. Salta	172	32	204	8	66	12.218.462	186	28.718
Hosp Neurop. Mendoza	106	2	104	4	50	7.506.268	221	33.627
Colonia Laborterapia de Tucumán	130	40	90	3	43	7.196.707	52	20.800
Neuropsiquiátrico de Sg. del Estero	280	28	252	2	76	6.632.840	136	71.000
Inst. de Psicopatología.	—	—	—	10	53	5.790.775	—	—
Inst. de Fonoaudiología.	—	—	—	9	67	7.318.797	—	—
Inst. Alcoholismo	—	—	—	3	7	603.941	—	—
Inst. Nac. Salud Mental	—	—	—	10	125	—	—	—

más reducido por la congelación de vacantes".

Esto explica que los hospitales psiquiátricos sean, antes que centros de curación y restablecimiento, de efectos psico-patogénicos. Los pacientes permanecen confinados por largo tiempo, separados de sus hogares y centros naturales, sin trabajar. Son los enfermos "institucionalizados", que además de su enfermedad mental, adquieren las características conocidas. Los hospitales psiquiátricos se convierten en centros de cronificación. Un enfermo que ya ha pasado el período agudo de la enfermedad puede quedar en condiciones de alta, de reintegrarse a su medio. Cuántos de ellos, al llegar a este punto, están ya institucionalizados, y no quieren salir, o no son reclamados por sus familias. No tienen adonde ir, no reciben ayuda del hospital, de la familia ni de la sociedad. El ocio y la inactividad, la convivencia prolongada con otros psicóticos, tanto o más enfermos, el trato desconsiderado de ciertos miembros del personal, hacen que la hospitalización resulte destructiva, en vez de curativa. A menudo conviven en la misma sa-

la oligofrénicos, toxicómanos, seniles, esquizofrénicos, y esto también es patogénico.

Mientras que en los hospitales de otras especialidades se hacen más reformas, se comprueba un relativo estancamiento en la asistencia psiquiátrica. Salvo en los últimos años, se mantiene el viejo modelo de los grandes asilos-colonias, sin la diversificación necesaria en hospitales granjas de 100 a 300 enfermos, colonias familiares, etc.

#### 4. Morbilidad y diagnóstico

El cuadro N° 7 consigna los datos de morbilidad de los 6.015 enfermos egresados en 1957. "Cualquier conclusión con respecto a la morbilidad total está invalidada porque la síntesis estadística da sólo las cifras correspondientes al diagnóstico de los egresados, es decir, las de alta y mortalidad." Aquí se comprueba una de las deficiencias mayores de nuestras estadísticas, y es la falta de los diagnósticos al momento de la internación. Por otra parte, es inadecuada la discriminación por edades, en la

forma en que se ha hecho, pues en el amplio margen de 15 a 59 años se desarrolla la etapa vital de mayor importancia social y significado estadístico. Nos atendremos a los datos de 1957 porque los posteriores no cambian el panorama, como se ve por el informe del Presidente del Instituto Nacional de Salud Mental, de 1960.

Sylvia Bermann anota algunas conclusiones de los datos acerca de la morbilidad de los egresados: 1. Es índice de buen criterio diagnóstico que el porcentaje de esquizofrenias, 25,1, no sea excesivamente elevado, ya que esta psicosis, en otros países, es el cajón de sastre al que van a parar la mayor parte de los diagnósticos; 2. Llama la atención el bajo número de reacciones neurodepresivas y de melancolías involutivas: 1,5 y 0,7 por ciento; 3. Es bajo el porcentaje de psico y órgano-neurosis, 6,9, ya que los neuróticos tienden a ser dados de alta en períodos más breves; 4. No condice con la agudeza nosológica la existencia llamativa de un 19,2% de psicosis no especificadas, falla todavía más seria si se considera que estamos analizando los diagnósticos de egreso.

**Cuadro 7**  
**Movimiento de los establecimientos**

Diagnóstico	Totales	% de Causas	2 años	2-14 años	15-59 años	60 y más	Sin determinar	Mortalidad	% de mort.
Alteración esquizof. (Demencia precoz)	1.572	26,1	—	5	1.489	67	11	165	19,6
Reacción maníaco depresiva	303	5,0	—	1	251	49	2	23	2,7
Melancolía involutiva	44	0,7	—	—	14	30	—	6	0,7
Paranoia- Estados Paranoicos	83	1,4	—	—	69	13	1	10	1,2
Psicosis Senil	308	5,1	—	—	6	298	4	162	19,2
Psicosis Presenil	24	0,4	—	—	16	8	—	6	0,7
Psicosis con Arteriosclerosis cerebral	41	0,7	—	1	11	29	—	17	2,0
Psicosis alcohólica	426	7,1	—	—	385	40	1	47	5,6
Psicosis consecutivas a otras etiologías demostrables	243	4,0	—	1	220	19	3	73	8,6
Otras psicosis no especificadas	1.156	19,2	—	5	916	222	13	167	19,8
Reac. de ansiedad sin mención de síntomas somáticos	28	0,5	—	—	28	—	—	—	—
Reacción histérica sin mención de reacción de ansiedad	139	2,3	—	12	127	—	—	—	—
Fobias	1	0,0	—	—	1	—	—	—	—
Obsesiones y reacciones compulsivas	5	0,1	—	—	5	—	—	—	—
Reacción neurodepresiva	91	1,5	—	—	87	3	1	—	—
Psiconeurosis con síntomas somáticos:									
a) que afecta aparato circulatorio	19	0,3	—	—	18	1	—	—	—
b) que afecta aparato digestivo	16	0,3	2	1	13	—	—	—	—
c) que afecta otros órganos	9	0,2	—	2	7	—	—	—	—
Desórdenes psiconeuróticos, otros, mixtos y tipo no especificado	195	3,2	1	2	177	14	1	1	0,1
Personalidad patológica	62	1,0	—	4	57	1	—	—	—
Personalidad inmadura	3	0,1	—	1	2	—	—	—	—
Alcoholismo	398	6,6	—	1	363	32	2	27	3,2
Otras toxicomanías	15	0,3	—	—	13	2	—	—	—
Desórdenes primitivos del comportamiento en el curso de la infancia	9	0,2	1	8	—	—	—	—	—
Deficiencia mental	715	11,9	19	60	595	30	11	139	16,4
Otros desórdenes no específicos de carácter, comportamiento e inteligencia	111	1,8	—	2	99	10	—	2	0,2
	6.016	100,0	23	106	4.969	868	50	845	100,0

### 5. Movimiento de los establecimientos

Para cada uno de los años 1955, 1956 y 1957 [Cuadro 8] se establece el número de camas normales, internados al 31 de diciembre, altas y defunciones, datos de los que se deducen los coeficientes de ocupación, el promedio de permanencia y la tasa de mortalidad por cien egresados.

Llama la atención, en primer lugar, la elevada mortalidad por cien egresados en las colonias de oligofrénicos y enfermos crónicos, por encima del 40%; lo que es índice de las pésimas condiciones de asistencia y nutrición. Frente a esta comprobación, se destaca la disminución en la Colonia Cabred,

durante el año 1956, 9,4%, debida a medidas tomadas por la Dirección, consistentes en mejorar las raciones y aumentar el consumo de leche por enfermo. Las colonias tienen un período de internación por enfermo, de 1.500 a 10.000 días; en los otros, el promedio de internación es más reducido, sin una tendencia definida en el período que se analiza. En todos los establecimientos grandes, con más de 1.500 camas, los coeficientes de ocupación se han mantenido por encima de 100 durante el período, con tendencia a disminuir en los últimos tiempos. Los establecimientos pequeños tienen una mortalidad menor, y el período de permanencia es significativamente más breve.

### 6. Presupuesto

Desde hace años, los presupuestos son notoriamente insuficientes para una atención adecuada. La creciente inflación reduce casi de mes en mes las sumas asignadas al cuidado de los enfermos. Esta diferencia llamó fuertemente la atención de José Wortis, de Nueva York, durante su visita en 1960.

El costo por enfermo y por día oscilaba entonces de \$50 a \$65 en los hospitales psiquiátricos de Buenos Aires, que eran los mejor provistos. La diferencia era impresionante con el costo por cama y por día en los hospitales generales de la misma ciudad, que era de unos \$400. Es decir que los

**Cuadro 8**  
**Movimiento de los establecimientos**

<i>Establecimientos</i>	<i>Años</i>	<i>Camas normales</i>	<i>Intern. 31-12</i>	<i>Altas</i>	<i>Defunc.</i>	<i>Total intern.</i>	<i>Coef. ocup.</i>	<i>Prom. intern.</i>	<i>Mort. p/ 100 egr.</i>
Hospital Nacional de Neuropsiquiatría (mujeres). Cap. Federal	1955	3.000	3.545	2.200	236	5.981	223	1.159	9,7
	1956	3.000	3.606	2.063	225	5.894	137	636	9,8
	1957	2.750	3.765	1.754	227	5.746	87	441	11,5
Hospital Nacional de Neuropsiquiatría (varones) Cap. Federal	1955	1.635	2.909	2.618	258	5.785	180	400	8,9
	1956	1.845	3.279	2.111	276	5.666	159	437	11,5
	1957	2.000	3.340	1.911	286	5.537	173	556	12,9
Instituto Neuropsiquiátrico para las Fuerzas Armadas Cap. Fed	1955	130	82	147	1	230	61	197	0,7
	1956	130	89	138	—	227	60	197	—
	1957	130	91	106	1	198	71	313	0,9
Hospital Nacional de Neuropsiquiatría (mujeres). Lomas de Zamora	1955	3.285	3.203	243	93	3.539	62	2.150	27,7
	1956	3.285	3.232	211	86	3.529	59	2.168	29,0
	1957	3.240	3.149	173	103	3.425	48	2.058	37,3
Colonia "Cadred". Open-Door	1955	2.301	3.838	546	317	4.701	166	1.574	36,7
	1956	2.366	3.718	397	150	4.265	155	3.135	27,3
	1957	2.366	3.485	456	180	4.121	154	2.031	28,3
Colonia "Cerdá". Torres	1955	1.626	1.623	66	58	1.747	99	5.687	46,8
	1956	1.626	1.543	65	68	1.676	96	10.734	51,1
	1957	1.050	1.620	38	54	1.712	146	6.065	58,6
Colonia "Vidal Abal". Oliva	1955	3.400	3.930	341	345	4.616	117	2.394	50,3
	1956	3.400	3.989	469	346	4.804	117	1.661	42,5
	1957	3.989	3.906	493	415	4.814	99	1.582	45,7
Colonia Neurosiquiátrica, Guaymallén, Mendoza	1955	100	87	124	12	223	94	253	8,1
	1956	100	100	135	12	247	53	122	7,5
	1957	106	94	116	10	220	94	289	7,9
Hospital Instituto Neuropsiquiátrico del Norte. Salta	1955	85	79	621	17	717	87	43	2,7
	1956	85	109	338	14	461	68	55	4,0
	1957	90	110	221	14	345	59	82	6,0

enfermos psiquiátricos eran los peor atendidos de todos los pacientes.

En la Colonia de Oliva, en 1956, el costo del internado por día era de \$9,90, de los cuales, \$6,35 para sueldos, y \$3,55 para gastos de mantenimiento. Estos \$3,55 se distribuían en \$2,40 para alimentos, \$0,35 para ropa, y \$0,17 para medicamentos, cantidades verdaderamente irrisorias. La situación se ha agravado posteriormente. Habiendo aumentado el costo de vida unas cinco veces hacia 1961, el presupuesto de este año era de \$59,79 de gastos por cama y por día; de los cuales, \$31,91 para sueldos, \$27,88 para gastos generales; distribuyéndose éstos en: alimentación, \$15,31; vestimenta, \$2,62; medicamentos, \$0,70. Así están de mal atendidos los enfermos, explicándose

este elevado contingente de crónicos "que yacen embrutecidos y olvidados en galerías, expuestos a las inclemencias climáticas, mal alimentados y peor vestidos, una vergonzosa y deprimente realidad" (Antonio Calabrese, de Oliva). Ultimamente (a fines de 1963), la situación en este aspecto no ha mejorado: en la Colonia de Oliva, el presupuesto diario por paciente es de \$71, más o menos, y en el Hospital Nacional Neuropsiquiátrico, de unos \$150. En un hospital normal, como el Rawson, de Buenos Aires, es de \$1.200.

He aquí un cuadro [Cuadro 9] de la distribución de los recursos en los seis establecimientos con mayor número de enfermos, en el año 1962 (a comienzos de año, el dólar estaba a \$80; a mediados de año, el dólar equivalía a \$125).

## 7. Presente y perspectivas de la asistencia psiquiátrica

La asistencia psiquiátrica en la Argentina tuvo un período cime-ro, que finalizó en 1920. Posteriormente, el sistema y las instalaciones fueron envejeciendo y deteriorándose gradualmente. Con la enérgica intervención de núcleos de psiquiatras que estimularon la fundación, en 1957, del Instituto Nacional de Salud Mental, se inicia un período renovador, pronto estancado por la falta de una reordenación radical, la carencia de recursos y las perturbaciones políticas.

La gran importancia de la asistencia psiquiátrica en la Argentina está demostrada por la elevada proporción de camas que ocupan los enfermos mentales, que, como se ha visto, constituyen alrededor

Cuadro 9

Nombre del Establecimiento	Costo Sueldos m\$ñ.	%	Costo Produc. Quím. y Farmac.	%	Costo Racionamiento	&	Costo Ropa m\$ñ.	%	Costo Uniforme y Equipos	%	Costo Varios m\$ñ.	\$	Total
Hosp. Neurop. de Hombres	61.579.273	48,83	2.267.748	1,79	25.511.272	20,22	2.922.752	2,31	3.995.322	3,16	17.192.044	13,63	89,94
Hosp. Neurop. Mujeres	63.211.830	47,60	2.947.208	2,21	25.312.185	19,06	2.560.354	1,92	4.856.111	3,65	11.755.999	8,85	83,29
Colonia "Dr. D. Cabred"	49.990.646	44,05	1.380.963	1,21	25.918.654	22,34	2.677.425	2,35	5.493.047	4,84	11.006.498	9,69	84,98
Colonia Cerdá	26.665.626	44,73	909.727	1,52	12.311.192	20,65	1.141.178	1,91	2.761.709	4,63	6.173.297	10,35	83,79
Hosp. Neurop. Mujeres. L. de Zamora	46.284.151	45,15	1.569.119	1,53	20.128.068	19,63	2.044.793	1,99	3.084.194	3,09	5.699.691	5,56	76,95
Colonia "Vidal Abal"	43.816.289	33,38	1.258.871	0,95	25.492.914	20,38	1.468.389	1,11	5.337.413	4,06	15.993.759	17,18	77,06

del 50 por ciento de las camas del M. de Salud Pública. Esta gran proporción tiende a disminuir en los últimos años bajo la influencia de los adelantos de la psiquiatría, y, en especial, del uso de las psicodrogas, por una parte, y por la otra, de las nuevas orientaciones en la atención de estos enfermos, por el esfuerzo de los especialistas en integrar a los psicóticos dentro de los cuadros médicos. Al mismo tiempo se comprueba la extremada insuficiencia en los recursos empleados para su atención. En el hospital psiquiátrico con más recursos del país (Hospital Central de Neuropsiquiatría, Buenos Aires) se destina actualmente menos de un centavo de dólar por día para el tratamiento psiquiátrico propiamente dicho. Por otra parte, es conocida la extrema importancia de los cuadros del personal para la asistencia. Es muy insuficiente la formación de los psiquiatras en casi todos los centros académicos, es muy escaso su número en los establecimientos de la especialidad, y es enormemente deficiente el número y la calidad del personal auxiliar y de enfermería.

La enumeración de tantas instituciones y trabajos como constan en las páginas precedentes y subsiguientes, y de tantas iniciativas más, que no hemos mencionado siquiera, no deben llamar a enga-

ño. Son manifestaciones de un estado de cosas cuyas características principales son la anarquía y la discontinuidad. Expresa, sí, la inquietud de profesionales ávidos de cambios y de mejoras. Pero habría que preguntarse: ¿por qué no se puede organizar debidamente la asistencia psiquiátrica? ¿por qué no surge ahora un Cabred, pese al empeño de tantos psiquiatras y sanitaristas? Claro que se debe, en gran parte, a la falta de recursos, y mucho menos a la de hombres de buena voluntad, que han hecho sus planes. Pero es sobre todo porque hemos entrado a una etapa de la psiquiatría en que son necesarias transformaciones sustanciales. Razones hay para que el ministro de Salud Pública de Gran Bretaña anunciara, el 19 de marzo de 1961, que en los próximos años se clausurarían 75.000 de las camas para enfermos mentales, o sea alrededor de la mitad de las existentes, mientras que en nuestro país se reclama un aumento de camas psiquiátricas. Seguramente tiene que ver con el programa de seguridad social, con la socialización de la medicina, con cambios profundos en la orientación asistencial y preventiva, que allí se están llevando adelante, y también con los progresos terapéuticos.

En la VI Conferencia Argentina de Asistencia Psiquiátrica (Bahía

Blanca, octubre de 1962), Vidal y Dopaso afirmaban que "el gran problema de la asistencia psiquiátrica nacional no radica tanto en la escasez de recursos económicos, cuanto en su inadecuada orientación ideológica". Ciertamente, un cambio radical en la orientación ideológica y científica, así como en la práctica de la asistencia, es absolutamente necesario. Me parece, en cambio, que dichos colegas subestiman el valor de la cuantía de los recursos. Los nuevos servicios asistenciales y preventivos exigirían mucho más dinero y elementos que el antiguo sistema, para realizar esos objetivos, como sería fácil demostrar. Mientras los presupuestos, ya muy insuficientes para la atención de la salud pública, se van encogiendo, tanto en cifras como por la inflación, y su organización está anarquizada, son enormes los recursos destinados a gastos militares. Un ejército permanente, el más numeroso de América Latina y el más provisto de armas, una gran fuerza policial, en buena parte militarizada, importantes cuerpos de gendarmería, insumen alrededor de la mitad del presupuesto nacional, y no siempre en beneficio de la Nación.

Ni aun en la hipótesis de que hubiera psiquiatras y auxiliares de la psiquiatría con espíritu apostólico —que sin duda existen— esto se lo-

graría, porque no tardaría en frustrarlo, en las actuales circunstancias, la estructura socio-económica. Por eso cabe afirmar que un cambio profundo en la orientación y práctica de la asistencia psiquiátrica, así como la atribución de recursos adecuados, y la formación de los cuadros técnicos debidos, no puede hacerse en la Argentina sin cambios revolucionarios en su estructura socio-económica. Estamos hablando de la Argentina, y no de Canadá o de Noruega, que siguen caminos diferentes.

Incesantemente se viene hablando de la revolución científica, tecnológica y aun social, que se viene produciendo o que necesita la Argentina para los grandes cambios humanos en curso. La revolución psiquiátrica, tan notoria y proclamada, es uno de sus aspectos. Pero de qué vale hablar tanto de revoluciones si en los hechos se las desvirtúa; de qué sirve trazar planes de renovación, cuando no encajan en las condiciones económico-sociales que vivimos, ni en el pensamiento y la acción de la clase

dominante, que es hasta ahora la que ha decidido. En estas circunstancias, la estructura actual de la asistencia psiquiátrica aparece como algo estático, difícil de remover y de remediar. No se trata de una revisión simple de esta estructura, sino la de todo un sistema social que se empeña en prolongarse, no obstante tener minadas sus bases económicas, científicas y morales.

Los planteos y tareas por una buena asistencia psiquiátrica continúan abiertos. La razón principal de los graves defectos para la asistencia de crónicos proviene del sistema anacrónico que rige en nuestras instituciones, el de una psiquiatría custodial cuyos fines son el aislamiento y la vigilancia. Como dice A. Querido (Crónica de la O.M.S., agosto de 1962), los alienados necesitan reeducación, resocialización y rehabilitación -como en las enfermedades orgánicas-; procesos que requieren meses, y aun años, durante los cuales hay que combinar la psicoterapia, la laborterapia y la terapéutica química, recreativa y social.

En esta empresa, las provincias tendrán que realizar muchos esfuerzos. Hasta ahora la provincia de Santa Fe es la que está resolviendo con mayor decisión sus problemas psiquiátricos.

Los nuevos conceptos asistenciales demuestran el valor de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales y la red de instituciones conexas, a donde los pacientes acudan a los primeros síntomas, que puedan ser atendidos por lo común ambulatoriamente y en la misma zona en que viven. Por el momento, pues, el impulso renovador más importante viene de los servicios psiquiátricos de los hospitales generales, a los que nos referiremos más adelante.

### El personal psiquiátrico

#### 1. Los psiquiatras y los auxiliares de psiquiatría

En 1956, el número de psiquiatras, según la antigua Dirección de Salud Mental, era de 834, de los



## PAIDOS

**Pierre Kaufmann**

ELEMENTOS PARA UNA ENCICLOPEDIA  
DEL PSICOANALISIS

El aporte freudiano

**Janine Puget (comp.)**

LA PAREJA

Encuentros, desencuentros, reencuentros

**Rubén Zukerfeld**

ACTO BULIMICO, CUERPO Y TERCERA TOPICA

**José E. Milmaniene**

EL HOLOCAUSTO

Una lectura psicoanalítica

**Juan David Nasio**

LOS GRITOS DEL CUERPO

**Víctor Korman**

EL OFICIO DEL ANALISTA

**Juan David Nasio**

COMO TRABAJA UN PSICOANALISTA



INSTITUTO

**ERNA**

ATENCION INTEGRAL  
DE CUADROS DE  
PSICOSIS  
INFANTO-JUVENIL

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA  
*Atención Obras Sociales*

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)  
Telef.: 832-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

cuales 617, o sea más de las 3/4 partes, ejercían en la Capital Federal y provincia de Buenos Aires. En el informe de la delegación argentina al II Seminario Latinoamericano de Salud Mental (1963), el cálculo aproximado era de 852 especialistas, aunque anotan que el número de los que ejercen específicamente la psiquiatría debe reducirse en un 30 por ciento. De los primeros, una proporción considerable se dedica exclusivamente a la práctica privada de la psicoterapia. De los 852, el 61 por ciento (527) trabajan en la Capital Federal, con el 15 por ciento de la población, por lo que se ve la enorme desproporción con el resto del país. En el cuadro N° 10 se ve su distribución según provincias y con relación al número de habitantes de cada una.

Si de acuerdo con el sistema *standard* señalado en publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, se considera necesario un psiquiatra para cada veinte mil habitantes en los países insuficientemente desarrollados o subdesarrollados, existe un notorio déficit de especialistas para los 21 millones con que el país contaba entonces. Este déficit es, en realidad, mucho más grande, si se tiene en consideración su distribución, pues la gran mayoría se acumula en el Gran Buenos Aires.

Según una encuesta de Jorge Thénon y colaboradores hecha en Buenos Aires en 1960, las condiciones para el ejercicio profesional son eminentemente desfavorables desde diversos puntos de vista, para los especialistas que tienen pocos años de graduados: sueldos irrisorios; en algún caso, el psiquiatra era, además, linotipista, ya que aún no había podido abandonar este cargo, por no permitírsele todavía su nueva condición profesional. Otro era maestro normal en ejercicio; otro, comerciante; y otros con quehaceres extramédicos no especificados.

En algún caso, la esposa trabajaba para compensar el déficit de presupuesto. Uno de los encuestados dormía un promedio de cuatro horas por día. De cuarenta psiquiatras consultados incluyendo uno con más de diez años de ejercicio, sólo quince tenían vacaciones breves. Los libros eran adquiridos a crédito; sólo un psi-

**Cuadro 10**  
**Número de médicos psiquiatras (aproximado) y de camas psiquiátricas en relación al número de habitantes, por provincias**

	N° de psiquiat.	Población Censo 1960	% de pobl.	N° de camas psiq. (1962)
Capital Federal	527	2.966.816	14,7	7.224
Prov. Bs. Aires	151	6.734.548	33,6	10.572
Catamarca	1	172.407	0,9	—
Córdoba	39	1.759.997	8,7	3.658
Corrientes	3	543.226	2,7	116
Chaco	4	530.443	2,7	
Chubut	2	142.195	0,7	
Entre Ríos	8	803.505	4,0	295
Formosa	1	178.458	0,9	
Jujuy	1	239.783	1,2	30
La Pampa	1	158.489	0,8	110
La Rioja	1	128.270	0,6	
Mendoza	15	825.535	4,1	289
Misiones	3	391.094	2,0	150
Neuquén	2	111.008	0,6	
Río Negro	2	192.595	1,0	
Salta	5	412.652	2,1	270
San Juan	4	352.461	1,8	85
San Luis	3	174.251	0,9	62
Santa Cruz	—	52.853	0,3	
Santa Fe	61	1.865.537	9,3	1.364
Sgo. del Estero	2	477.156	2,4	270
Tucumán	16	780.348	3,9	413
Tierra del Fuego, Antártida e Islas	—	10.318	0,1	
Total	852	20.008.945	100,0	24.908

quiatra estaba suscrito a revistas extranjeras.

En términos generales, se quejaban de falta de instrucción teórica por falta de elementos o de tiempo para leer. No tenían tiempo para el descanso, por dedicarse a actividades extras para nivelar el presupuesto. No practicaban deportes; las becas para practicantes son, por otra parte, prácticamente inexistentes o ínfimas. En otro orden de cosas, los colegas encuestados no tenían medios ni alicientes para el estudio, y no incrementaban, por lo tanto, su cultura. La mayoría se consideraba autodidacta respecto de las diversas corrientes doctrinarias, y mostraban, asimismo, deficiencias en su preparación práctica, motivadas por las fallas asistenciales ya mencionadas. Esto explica en parte la de-

dicación al psicoanálisis, de muchos psiquiatras recién egresados, por cuanto este método terapéutico les ofrece trabajo bien remunerado y el encuadramiento en rangos definidos.

Por este mismo tiempo, Marcelo Acuña sintetizaba (ver Actas de la Cuarta Conferencia Argentina de Asistencia Psiquiátrica, Buenos Aires, 1960) así sus observaciones sobre las condiciones de trabajo y de vida del psiquiatra: "1. condiciones deficientes de los lugares de trabajo; 2. condiciones deficientes del psiquiatra en cuanto a su formación y conocimiento de su personalidad; 3. condiciones deficientes por problemas internos de la psiquiatría; 4. condiciones deficientes por resistencia del medio social (el tabú de la locura en el seno de la familia y de la so-



ciudad); 5. condiciones deficientes, como consecuencia de lo que antecede, de la situación económica del psiquiatra".

Oscar D'Amato y Néstor G. Blaiotta, en la misma Conferencia, describían las condiciones de vida y de trabajo del psiquiatra residente en las colonias asilos de alienados, basándose en un estudio realizado en la Colonia Cabred, de la que era y es director el primero de los nombrados, quien además es en la actualidad uno de los dirigentes del Instituto Nacional de Salud Mental. La colonia Cabred está situada a unos ochenta kilómetros de la Capital Federal y es una de las más importantes del país; las observaciones de D'Amato y Blaiotta son válidas, con variantes, para las otras colonias: pésimas viviendas, techos rotos, malos servicios cloacales, humedad. Escasa asignación para alimentos (720 pesos argentinos para una familia de cuatro personas); verdadero aislamiento respecto del resto de la sociedad; carencia de distracciones y paseos, como no sea adentro del propio recinto de la colonia. No hay libros; apenas una pequeña y mala biblioteca formada con el propio esfuerzo y recursos de los médicos. Trabajo agotador, silencioso y abnegado. "El que ha visitado una colonia sabe que muchas veces hay que tener vocación y estómago para trabajar en algunos pabellones", dice D'Amato. La

formación de los hijos del psiquiatra residente se realiza en un medio de enfermos mentales; para la enseñanza escolar tienen que viajar diariamente hasta un pueblo vecino. En estas condiciones, y sobre todo por el presupuesto insuficiente, no es de extrañar que haya en estas colonias escasez de personal. En 1956, en la Colonia Cabred había sólo tres médicos psiquiatras para tres mil internados; en la Colonia de Oliva, en la provincia de Córdoba, había en 1958 sólo ocho médicos—de los cuales únicamente tres eran psiquiatras, con sueldos de unos treinta dólares por mes—para cerca de cuatro mil enfermos.

Hasta ahora, cualquier médico, sin ser objetado, puede asumir el título de especialista. Los títulos obtenidos en las escuelas donde se forman los especialistas, suelen contar en los concursos para los cargos, en las instituciones públicas, cuando se realizan. En 1960, Gregorio Bermann consideraba llegado el momento de que se establezcan calificaciones para tener el derecho de emplear el título de especialista en psiquiatría, a ejemplo de lo que se hace en países de más tradición. En la actualidad se están dando los pasos para la calificación de especialistas en psiquiatría en el orden nacional y en algunas provincias.

Con la creación de las escuelas de psicología en las diferentes uni-

versidades del país, se ha ido acrecentando notablemente el interés por la psicología médica. Son numerosos los servicios en que prestan su colaboración los auxiliares en psicología, aunque en número bastante insuficiente. Como en otros países, la discusión en torno del derecho de psicólogos especializados a ejercer la psicoterapia, se ha agudizado también en el nuestro. De ello es muestra el acalorado debate que en torno de ese problema se desarrolló en la Tercera Conferencia Argentina de Asistencia Psiquiátrica (Mendoza, 1959), en la que se votó una resolución por la que únicamente los médicos pueden ejercer la psicoterapia, no obstante lo cual, los psicólogos "pueden actuar en equipo, bajo la dirección responsable de los médicos".

Según señala el Centro de Auxiliares de Psiquiatría, las especialidades de auxiliares de la psiquiatría serían las siguientes: *a.* psicómetra; *b.* visitadora de higiene mental; *c.* asistente social psiquiátrico, penal e industrial; *d.* laborterapeuta; *e.* consejero vocacional y orientador profesional; *f.* psicopedagogo. Dicho Centro de Auxiliares está encuadrado en la Escuela Superior Técnica del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, aunque con resultados todavía menores, porque a menudo sólo consta en el papel. Tal vez deba señalarse como valiosa una Escuela de Visitadoras Sociales en Higiene Mental. La Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado forma terapeutas ocupacionales en cursos de tres años y otro personal en forma encomiable; pero al egresar no suele hallar cargos rentados. En 1957, estudiantes auxiliares de psiquiatría iniciaron en el Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires, trabajos útiles de terapia ocupacional.

## 2. Enfermería psiquiátrica, asistentes sociales especializados, laborterapeutas

Está universalmente aceptado que los grandes auxiliares de los psiquiatras son los enfermeros y demás personal especializado, y que para una buena atención de los enfermos nerviosos y mentales es de extrema importancia este per-



## CLINICA PSIQUIATRICA PRIVADA MODELO DEL SOL

Director: *Dr. William David Moreno*

Asistencia  
Docencia  
Investigación

Comunidad Terapéutica  
Psiquiatría Dinámica

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

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

sonal. Como ha sido repetidamente señalado, en el país existen graves deficiencias a este respecto. El equipo de enfermeras encabezado por Teresa M. Molina, del Comité Asesor de Enfermería de la Oficina Coordinadora Sanitaria y de Bienestar Social, de Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación las ha puntualizado en su ponencia al Segundo Congreso Latinoamericano de Salud Mental (Buenos Aires, 1956). El problema de enfermería en psiquiatría, manifiestan, ofrece un panorama desalentador, similar al problema total en relación con la calidad y cantidad del personal de enfermería. Presenta, en cuatro aspectos fundamentales, íntimamente relacionados entre sí, las fallas que afectan a la eficiencia de los servicios de enfermería en los establecimientos especializados. Estas son 1. Falta de servicios de enfermería debidamente organizados; 2. Deficiente preparación de las enfermeras diplomadas de nuestro país; 3. La naturaleza misma del trabajo con enfermos mentales, su familia y su ambiente social, exige un persona de enfermería de singular competencia técnica; 4. El número de enfermos mentales, así como la serie de actividades que deben contemplarse en programas de salud mental, requiere un gran número

de personal de enfermería debidamente preparado.

El problema de enfermería y demás auxiliares es muy complejo y difícil en las actuales circunstancias, debido, principalmente, a factores económicos. Aun cuando en algún aspecto ha mejorado algo su situación, los enfermeros y auxiliares no están debidamente remunerados, y esto es causa principal de que su nivel sea bajo. La mayoría son simples prácticos sin formación técnica. Es muy importante también la enorme insuficiencia del número de enfermeros y auxiliares. Como se ha señalado, en la Colonia de Oliva hay horas del día (¡del día, no de la noche!) en que un solo empleado atiende pabellones de hasta 300 enfermos. En el Hospital Central de Neuropsiquiatría un enfermero atiende dos y hasta tres servicios.

Repetidamente se han planteado los problemas de su formación y selección. Aun cuando hay escuelas de enfermería psiquiátrica en diferentes hospitales de la especialidad, y el Instituto Nacional de Salud Mental ha establecido ocho escuelas en sus establecimientos más importantes, así como becas en el extranjero otorgadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, habría mucho que hacer en este sentido. Refiriéndose a

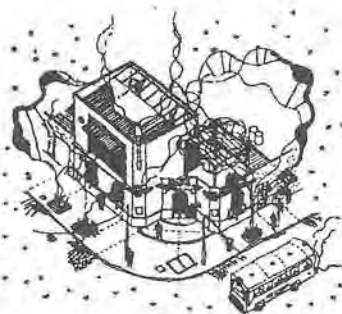
un nivel más elevado, la práctica de la enfermería psiquiátrica, dice Goldenberg, depende de la actitud de la colectividad respecto de los enfermos mentales, de los progresos de la psiquiatría, y del desarrollo económico y social del medio. Cuando la actitud del medio era de prejuicio ante la locura, los métodos psiquiátricos estaban basados en la reclusión, vigilancia y aislamiento; los enfermeros actuaban como simples vigilantes.

Pero hoy deben desempeñarse en el nivel terapéutico y en el de las relaciones interpersonales, y por lo tanto su correcta actuación sólo es factible con una buena formación técnica, con un cierto conocimiento de lo social, de la higiene mental, y con una cultura por lo menos discreta.

Hay países en que los sindicatos de enfermeros llenan una función importante para mejorar y calificar la atención de los pacientes. Tenemos presentes las informaciones de un colega francés, George Daumazon, y la intervención de los sindicatos alemanes de enfermeros psiquiátricos. En la Argentina, el sindicato correspondiente (A. T. S. A.) se empeña en mejorar la situación de sus asociados y mantiene escuelas de enfermería con escasos resultados ■

# ARIADNA

CENTRO DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL



- CENTRO DIURNO PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS
- CONSULTORIOS EXTERNOS
- EQUIPO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS
- INTERNACION DOMICILIARIA
- URGENCIAS
- ATENEOS DE ACTUALIZACION CLINICA Y BIBLIOGRAFICA
- SUPERVISIONES

Dra. Liliana Fernández  
Directora

PREPAGOS ARANCELES INSTITUCIONALES

CONDE 1002, 1426 Capital Federal  
Fax: 555-70 56 Tel.: 555-57 78



## UNA NOVEDAD EDITORIAL

Con su tercer número en prensa, RAN Revista Argentina de Neurociencias, ha sido uno de los acontecimientos de mayor importancia en la edición científica argentina durante 1997. Convocando un abanico de especialistas en diversas áreas, miembros de los sectores correspondientes (secciones, Comités, cátedras de diversas Facultades de la UBA y otros centros, relacionados con el tema), todas convergentes en el fluido espacio de las neurociencias, RAN hace punta, seriamente, en una especialidad en vertiginosa expansión. La Psiquiatría y todo el campo de la Salud Mental se han visto sumamente influenciadas en los últimos años por estos desarrollos científicos. Estar informados y formados de manera actualizada en las problemáticas que abordan las neurociencias permite acceder a sus descubrimientos con un espíritu crítico e integrador.

La extracción clínica y la sólida aproximación al campo de investigación multidisciplinar que poseen ambos animadores del proyecto de RAN así como la apoyatura de su prestigioso Comité Científico y de Redacción, nos permiten alentar grandes expectativas para el futuro de esta publicación de indispensable lectura. Nada mejor para presentarla a nuestros lectores que reproducir su primer Editorial y el índice de sus dos primeros números...

J. C. S.

### Jefes de Redacción de RAN:

**Luis Ignacio Brusco** *Neurólogo y Psiquiatra. Hosp. Francés de Bs. As. Doc. Adscr. Depto. de Fisiología, Fac. de Med. (UBA)*

**Sergio Strejilevich** *Médico Especialista en Psiquiatría. Coord. del Equipo de Inv. Clínicas, Serv. de Psicopat. Hosp. "P. Piñero", Bs. As.*

### Editorial

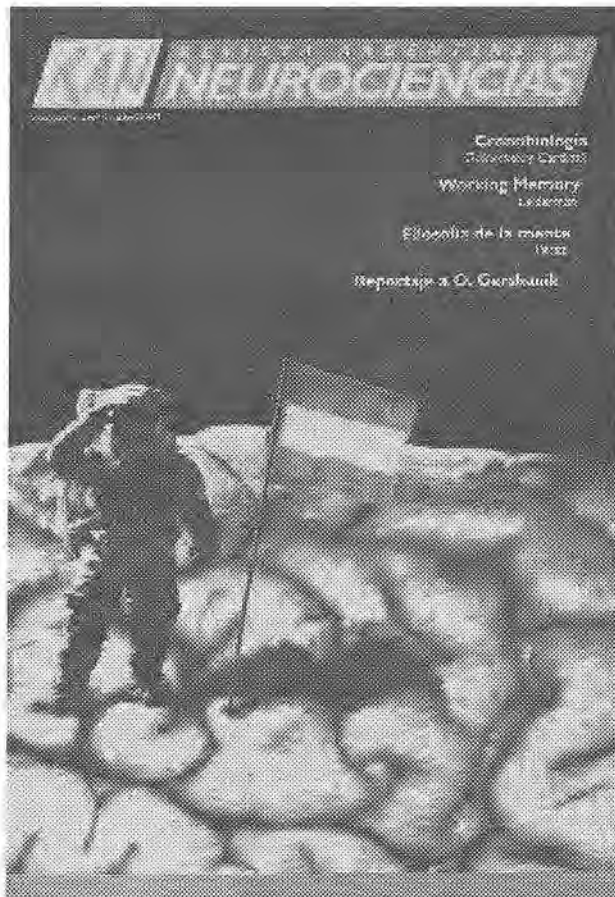
Las preguntas y el desafío que aborda el campo denominado Neurociencias es tan amplio y complejo que puede ser homologado con la exploración del espacio. Al igual que en dicha empresa las propias preguntas son interrogadas en su posibilidad, su pertinencia y con-

veniencia. ¿Hasta dónde podremos investigarnos a nosotros mismos? ¿Qué monstruos despertaremos con semejante impertinencia? Todos los que estamos de una manera u otra relacionados con esta tarea alguna vez hemos sentido y cada tanto sentimos ese vértigo.

Este es el Editorial del primer número de una revista destinada a la

difusión de las neurociencias. Nos encantaría explayarnos sobre los múltiples sentimientos que nos despierta el objeto de nuestra pasión.

Sin embargo, en esta ocasión intentaremos responder a interrogantes, si se quiere, más domésticos: ¿Tiene sentido editar una revista argentina de neurociencias teniendo al alcance de una módica



## N° 1

- Cronobiología: En busca del tiempo perdido, 1: Fisiología de los ritmos biológicos - *Diego A. Golombek, L. Ignacio Brusco y Daniel P. Cardinali*
- *Working Memory*: Su alteración en la Esquizofrenia y consecuencias sintomatológicas - *Eduardo A. Leiderman*
- Farmacología de las Psicosis Dopaminomiméticas - *Luis Ignacio Brusco y Gonzalo Gómez Arévalo*
- Reportaje a O. Gershanik - *Sergio Strejilevich*
- Acerca de las diferenciaciones pericavitarias del encéfalo - *Horacio Alejandro Conesa, Flavio Germán Villanustre y José Luis Allende*
- Modelos animales para el estudio de la depresión endógena - *Paola C. Yannielli y Diego A. Golombek*
- Filosofía y ciencias de la mente: una interacción necesaria. - *Diana Pérez*
- Enfermedad de Alzheimer y Apolipoproteína E - *Roberto Caccurri*

## N° 2

- Esquizofrenia y neurodesarrollo - *Fabian Triskier*
- Hacia una neuroquímica de la memoria - *Rudy Bernabeu*
- Modelos animales para el estudio de la enfermedad de Alzheimer - *Daniel M. Savorini, Mónica Becerra, Analía Furio, Germán Nogueira, Luis Ignacio Brusco*
- Reportaje a Ivan Izquierdo
- Redes neuronales artificiales en biomedicina - *Luis A. Riquelme y Mario G. Murer*
- Genética Molecular y psiquiatría - *Francisco Páez, Humberto Nicolini, Gabriela Vallejo*
- Tratamientos farmacológicos de los trastornos cognitivos en la enfermedad de Alzheimer - *Mara Barreto, Federico Lerner, André Blake.*

suscripción "Journals" de nivel internacional? ¿Vale la pena producir este tipo de publicación desde un país periférico respecto de los grandes centros de producción científica? ¿Contamos con autores e investigadores suficientes como para justificar esta revista? Las respuestas a estas preguntas por ahora sólo tienen para nosotros el carácter de hipótesis. Dichas hipótesis conforman nuestra Editorial:

No creemos necesario explayarnos sobre la necesidad de la producción científica para la constitución de un país que pretende ingresar en el siglo XXI como tal. Resulta difícil imaginar en el próximo milenio una materia prima más codiciada que la surgida de las usinas de la ciencia.

Aunque la ciencia transcurre en un marco global carecer de un medio local puede resultar desventajoso. Nuestra cultura, nuestro idioma, nuestra idiosincrasia le imprimen a la discusión neurocientífica una serie de características que no deben perderse. Creemos que del rescate de estas pertinencias se podrán obtener importantes frutos y se permitirá una mejor maduración de otros.

Nuestro país tiene una rica historia en neurociencias aunque el presente esté lejos del esplendor, cuando hojeamos los mencionados Journals, frecuentemente tropezamos con investigadores de nuestro medio cómodamente instalados en sus páginas. Básicamente impulsados por la historia, aún en la actual crisis, algunos investigadores se las han arreglado para desarrollarse en este competitivo terreno. Sin embargo, aunque ocupan un espacio de discusión de nivel internacional, se encuentran aislados y dispersos entre sí. Sus conexiones son a veces mejores con colegas de otras latitudes que con los que se encuentran a pocos metros de distancia. Esta "distancia local" se hace aún más importante si examinamos las relaciones que encontramos entre aquellos que trabajan dentro del área clínica con los que lo hacen dentro del área básica, o entre aquellos que han formalizado su búsqueda a través de diferentes disciplinas o especialidades.

La complejidad del universo Neurocientífico, ha sido abordada multiplicando los puntos de vista. Actualmente los contactos establecidos entre diferentes disciplinas adquieren tal intensidad y variedad

que resulta imposible predecir con qué nos encontraremos en las páginas de las revistas destinadas a las neurociencias. Psicólogos, físicos, filósofos, ingenieros y artistas se mezclan con los, más esperables, médicos, biólogos y químicos ante este desafío. Este caos interdisciplinario, no es otra cosa que el mismo corazón de esto que llamamos neurociencias. El espacio neurocientífico sólo adquiere su verdadera potencialidad cuando se produce un real intercambio entre los aportes que surgen de las diferentes áreas y cuando la tensión resultante de este cruce de paradigmas ocupa un primer plano. Por lo tanto, "estar conectado" en neurociencias no depende de una cuestión de afectos; es simplemente una necesidad. Para producir neurociencias en forma competitiva no sólo hay que contar con neurocientíficos, sino que resulta indispensable contar también con ese "ambiente". Por esto, el poder imaginar una revista en donde se entremezclen esfuerzos surgidos desde diferentes áreas, puede resultar en una buena idea para promover y caldear ese indispensable clima. Como se puede observar, la constitución del Comité Científico y los contenidos de este primer número, intentan respetar esta heterogeneidad que postulamos como constituyente.

Por otra parte muchas veces el salto desde el lugar de trabajo a una discusión de vuelo internacional aparece como una barrera infranqueable sin pasar antes por un buen fogoneo



de cabotaje. Más aún, poder conocer en nuestro idioma los hallazgos y opiniones de nuestros neurocientíficos más respetados, seguramente constituirá un fuerte aliento a esfuerzos más noveles. Por esta razón, una de las Secciones de la revista estará destinada a indagar en forma periódica la vida de los "popes" de esta actividad y desde la Secretaría de Redacción se impulsó la publicación de trabajos de jóvenes investigadores. Poder contar con un buen "espejo" en nuestra propia casa, seguramente determinara unas "más elegantes" salidas internacionales.

Creemos que éstas son suficientes razones para alentar nuestro intento. De todos modos sabemos que la única posibilidad de encontrar respuestas a los interrogantes del principio es la propia evolución de RAN. La misma está pensada respetando el carácter experimental de nuestra disciplina y por lo tanto esperamos que su forma sea más un producto de la experiencia que la de un ideal. Para cumplir con este anhelo nos resulta indispensable contar con el feedback de nuestros lectores. Hemos pensado en varios canales para que esta comunicación sea fluida. Los encontrarán en la sección "Correos".

Finalmente, sólo nos queda esperar los resultados de esta experiencia. Los protagonistas están en escena y nosotros, desde RAN, sólo esperamos brindarles un buen terreno, en donde se pueda saborear un apasionante encuentro ■

## L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO  
PSY

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,  
comentarios de libros, artículos históricos  
Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353

Revista

# TopiA

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 802-5434 / 785-5873

Fax: 943-0968 / 784-1967

Correo Electrónico: TOPIA@PSICONET•SATLINK•NET

## lecturas y señales



### LECTURAS

F. Lolas, E. Martín-Jacod, G. Vidal, "Sistemas diagnósticos en psiquiatría" Mediterráneo, Santiago de Chile, 1997, 175 págs.

Este volumen constituye un original y exitoso intento de poner en circulación la reflexión acerca de los sistemas de clasificación en psiquiatría.

Original porque en lugar de continuar la ya abundante producción apologético-propagandística de las grandes clasificaciones DSM IV y CIE 10 las presenta como integrantes de un universo mayor con el cual las contrasta (Clasificación Francesa, Sistema alemán AMDP, Clasificación de Leonhard) y también reseña las producciones latinoamericanas más interesantes en este campo, introduciendo así un equilibrio que, entre nosotros, se encuentra hoy totalmente distorsionado.

Original también por la preocupación, que impregna toda la obra, por el olvido implícito de los problemas que conllevan las traducciones a nuestra lengua temas que se desarrollan en sus Capítulos sobre: Consideraciones terminológicas sobre DSM-IV y la versión española de la CIE-10; Comparación entre la versión española y la versión latinoamericana de la CIE-10; Avatares del léxico psiquiátrico; y por la reflexión epistémica que inicia y cierra el volumen: A propósito de sistemas diagnósticos en psiquiatría; Una perspectiva psicolexicológica; Desafíos futuros de la clasificación en psiquia-

tría y Hacia una disciplina psicolexicológica).

Exitoso porque, tanto por su presentación, clara y didáctica, como por su inobjetable coherencia interna, será una herramienta provechosa tanto para el profesional en formación como para el psiquiatra interesado en la actualización y reflexión sobre el tema. Hasta aquí nuestra opinión. Para conocer directamente la posición de los autores nada mejor que completar esta reseña con el siguiente párrafo del prefacio: "Se trata de invitar a los usuarios de clasificaciones psiquiátricas a examinar críticamente aquello que parece ser expresión cabal del sesgo cientificista del saber positivo: la aspiración a constituir un lenguaje universal vinculante al modo de una ley natural, que exprese las necesidades de la 'gran ciencia' cosmopolita y la uniformidad del razonamiento mecánico. Las tecnociencias contemporáneas se han constituido en lenguas universales, formas posmodernas de *lingua franca* que preña el discurso acotado y la ortodoxia de lo universal al tiempo que desdeñan los particularismos y los escuclismos, que hasta hace tan poco deleitaban a los que se dedican al oficio de diagnosticar y tratar. Como existe tenaz resistencia a dejar el acogedor hogar de la aldea, bueno es pensar que este vale no por lo que sus tradicionales defensores alegan. No es por que refleje mejor 'lo humano' ni sea más próximo a la 'realidad clínica' sino porque preserva, para la dignidad ética del oficio, una necesaria polifonía y un también necesario disenso. Ha de buscarse en los rótulos y etiquetas, en el modo de hablar, aquella potencia comunicante de los oficios de

ayuda y salvaguardar lo idiosincrático junto a lo universal, lo necesario junto a lo accesorio. Para lograr tal finalidad, un examen del léxico es indispensable, y tal es la tarea con que este libro se formula".

Desde nuestra perspectiva, y coincidiendo con las posiciones de G. Lanteri Laura, entendemos que nuestra especialidad atraviesa desde hace casi dos décadas por un período de crisis paradigmática. En ese panorama parece recortarse como propuesta hegemónica en el discurso psiquiátrico sobre la locura, una nosografía "ateórica" capaz de dar cuenta "objetivamente" de las presentaciones clínicas de la misma. No contamos con espacio para fundamentar nuestra oposición a tal afirmación, pero lo hemos hecho *in extenso* en otra parte. Bástenos decir, a propósito de la obra que comentamos, nuestro acuerdo y reafirmar que aporta una perspectiva coincidente al mostrar la riqueza de otras formas de reflexionar sobre la enfermedad mental.

N. A. C. y J. C. S.

G. Caplan, R. Caplan, "Consulta y colaboración en salud mental" Paidós, Buenos Aires, 1997, 416 págs.

Este libro presenta una guía de las teorías y técnicas de consulta y colaboración psicológicas basadas en conceptos pioneros ya desarrollados por ambos autores tanto en otros trabajos como en sus más de treinta años de experiencia de aplicación práctica. Los principios de consulta y colaboración mental desarrollados aquí, pues, muestran el modo en que los profesionales de estos campos, en lu-

gar de intervenir directamente, trabajan con profesores, sacerdotes, enfermeras y otros profesionales con el fin de resolver los problemas de la salud mental en sus propios contextos. A través de numerosos estudios de casos, que revelan cómo pueden aplicarse estas ideas a diversos entornos, los autores brindan a psicólogos escolares, asistentes sociales, psicoterapeutas, psiquiatras y sociólogos un buen número de estrategias para la consulta y la colaboración con las instituciones.

Gerald Caplan es catedrático emérito de Psiquiatría de la Universidad de Harvard y de la Universidad Hebrea de Jerusalén, así como autor de *Principios de psiquiatría preventiva* y *Aspectos preventivos en salud mental*, ambos publicados por Paidós en castellano. Ruth B. Caplan es autora de *Psychiatry and the Community in Nineteenth-Century America* y *Helping the Helpers to Help*.

Giacomantone, E., Mejía, A., "Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico", Paidós, Bs. As., 1997, 239 págs.

Que la asistencia psicológica de las personas que van a recibir una intervención quirúrgica redunde en una evolución pre y posoperatoria más favorable es una adquisición de la medicina moderna: la psicoprofilaxis quirúrgica induce y promueve una relación personalizada con cada paciente y una perspectiva médica holística de cada caso.

Pero no se agotan allí las formas de intervención posibles. También están las descompensaciones psiquiátricas que pueden desencadenarse con el acto quirúrgico. Éstas estarán producidas a partir de los rasgos de la personalidad previa y, en particular, por la manera en que el paciente reciba la noticia de su enfermedad y de su operación.

El trabajo estrecho entre distintos especialistas médicos (internistas, cirujanos, psiquiatras, intensivistas, anestesiólogos, etc.) y entre todos los miembros del equipo de Salud (enfermeras, psicólogos, psicoanalistas, etc.) en torno a la problemática del estrés

preoperatorio es de primordial importancia para el manejo terapéutico y la disminución del riesgo quirúrgico, no solamente en lo relativo a los trastornos mentales eventuales que aparezcan, sino también en relación a la misma evolución del cuerpo anatomofisiológico del sujeto.

Éstos y otros temas, como la psicogénesis de los accidentes o los trastornos psiquiátricos de pacientes en terapia intensiva son estudiados en este texto con precisión y en base a una extensa revisión bibliográfica y a una sólida experiencia clínica. Valga como ejemplo el Capítulo dedicado a la sistematización de una metodología para el manejo terapéutico y preventivo del riesgo quirúrgico basada en el seguimiento de 303 enfermos.

Un libro de gran originalidad y utilidad práctica que nos acerca una perspectiva del acto médico incluyendo al sujeto humano en toda su dimensión antropológica evitando, así, el reduccionismo biomédico. Indispensable para los especialistas en interconsulta, el texto de Giacomantone (psiquiatra y psicoanalista) y Mejía (cirujano) es también una herramienta de lectura obligada para médicos de todas las especialidades, estudiantes y demás miembros del equipo de Salud.

J. C. S.

Yaryura-Tobías, J. A., Nəziroglu, F., "Trastornos Obsesivo-Compulsivos", Harcourt Brace, Madrid, 1997, 285 págs.

Diez años después de su primera edición nos llega la segunda versión de esta obra sobre un tema al cual los autores han dedicado casi dos décadas de investigación y experiencia terapéutica en el Centro (*Institute for Bio-Behavioral Therapy and Research*) que crearon para su estudio.

El TOC es abordado desde todos sus aspectos: clínico, epidemiológico, nosográfico, etiológico, diagnóstico; así como es analizada su posibilidad de aparición y sus formas de presentación a diversas edades, como en la infan-

cia, o sus presentaciones complejas o afines. Sin dejar de mencionar las teorías psicodinámicas los autores centran sus indicaciones terapéuticas en la combinación de la farmacoterapia sobre la base de drogas inhibitorias selectivas o parciales de la recaptación de la serotonina y la psicoterapia cognitiva-conductual.

Más de 500 referencias bibliográficas, una experiencia clínica numerosísima y una prosa clara, precisa y elegante, se articulan para dar a esta obra un especial atractivo e invitar a leerla inmediatamente.

Vertex

**Perspectivas Bioéticas en las Américas.** FLACSO, Bs. As., Año II N° 1, primer semestre de 1997, 156 págs.

Editada por la Oficina de Publicaciones del C. B. C. (UBA) esta revista es elaborada semestralmente por el Área de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de Argentina.

Con las Dras. Florencia Luna como Directora y Diana Cohen como Coordinadora Editorial, a quienes acompañan importantes especialistas en el tema de nuestro país y del extranjero, *Perspectivas Bioéticas* constituye una iniciativa de gran importancia en nuestro medio. La invasora explosión científico-tecnológica que vivimos en este fin de siglo y sus repercusiones sobre la vida en general y el quehacer médico en particular hacen al interés por los temas que aborda la Bioética. En Psiquiatría es mucho lo que hay que investigar al respecto. El desarrollo vertiginoso de la terapéutica psicofarmacológica y del campo de las neurociencias y sus aplicaciones prácticas, constituyen sendos ejemplos.

Los interesados en informes y suscripción a *Perspectivas Bioéticas* deben dirigirse a Librería Técnica, Florida 683, Local 18 (1375) Buenos Aires, Tel.: 54-1 314-6303 y Fax: 54-1 314-7136.

Vertex

# SEÑALES

## La interconsulta médico psicológica Nuevos paradigmas en las postrimerías del milenio Aspectos psicológicos, económicos y bioéticos

El 29 de mayo de 1997 se desarrolló un evento organizado por el Área "Aspectos psicosociales en patologías orgánicas crónicas y Terminales" correspondiente a la Maestría "Problemas y patologías del desvalimiento", que se dicta en la Facultad de Humanidades de la Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán.

La misma constó de dos conferencias a cargo de los doctores David Maldavsky y Ricardo Maliandi y de una mesa redonda conformada por el Lic. Gabriel Finkelievich, el Dr. Reynaldo Chacón y el Lic. Arturo Shwaiger.

El Dr. Maldavsky tituló su relato: "Intervenciones en las fronteras clínicas y el valor de la actividad interdisciplinaria". En dicho trabajo plantea una reflexión acer-

a de las distintas fronteras con las que se encuentran los profesionales de la Salud Mental, al confrontarse en su práctica cotidiana con otros colegas de la misma especialidad y otros profesionales que convergen en la asistencia de un paciente con patología orgánica, y de cómo la psicopatología que padecen dichos enfermos genera corrimientos en los espacios fronterizos que hacen al encuentro de las diferentes prácticas.

Las fronteras a las que hizo referencia fueron:

1. entre diferentes teorías,
2. estructuras que hacen a diferentes cuadros psicopatológicos y
3. lo que sería un problema individual, un problema familiar o un problema grupal institucional.

La problemática -según el autor- aparecería, tomando como ejemplo el primer tipo de frontera, en el momento en que una especialidad quiere imponer a ultranza sus parámetros sobre el resto de las disciplinas que están operando, cuestionándolas aún a riesgo de la eficacia de los tratamientos y la salud del equipo interdisciplinario.

Las jornadas continuaron desarrollándose con la mesa redonda cuyo título general fue "El encuentro de diferentes saberes, generadores de nuevos paradigmas clínicos".

El Licenciado Finkelievich comenzó su trabajo relatando una

experiencia en el campo de la interconsulta, a la que fue invitado por una médica nutricionista para participar en la coordinación de grupos de educación dietológica.

La colega se encuentra con los tiempos de la institución, con los tiempos de las prestaciones sanitarias, con los tiempos de una enfermedad orgánica que comprometen severamente lo vital de un sujeto; situaciones que lo atraviesan y lo cuestionan pero al mismo tiempo abren un desafío creador a la aplicación psicoterapéutica de la teoría analítica.

El segundo tema que abordó el profesional fue la problemática de la entropía, entendida como rechazo a toda creatividad, con lo cual en la práctica institucional se despliega tánatos en el lugar mismo donde debería predominar eros. Y de cómo el proceso entrópico, que tiende a nivelar la tensión al estado más bajo posible, termina involucrando a los pacientes y sus familiares en la medida que éstos acallan sus interrogantes o sus estados afectivos con la consiguiente aparición de síntomas en lo individual y en lo institucional.

Finalizó su exposición con el relato de una viñeta clínica donde mostró la actuación, altamente compulsiva, que se produce en una Sala de internación cuando la hostilidad de un paciente murien-



### INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Para una situación difícil **Témpora** es una Institución confiable

Dir. Gral.: Dr. Felipe Díaz Usandivaras

Dir. Médico: Dr. César Luchetti

#### Residencia Terapéutica Intermedia: Hostal

Un lugar donde vivir temporariamente sin estar internado, con la asistencia adecuada.

Para cuando no es conveniente vivir solo ni con la familia de origen

Soler 5951/61  
1425 Capital Federal  
Tel.: 771-8114 y Rotativas

Témpora  
Card  
Asóciase

#### Internación Institucional Breve

- Desintoxicación
- Depresión
- Excitación psicomotriz
- Descompensación
- Consumo compulsivo
- Cambio de Medicación
- Ideación suicida

#### Consultorios Externos

Programa: Adicciones - Bulimia y anorexia - Violencia familiar - Discapacidad

#### Centro de crisis

- Urgencias domiciliarias Psicológicas y Psiquiátricas
- Urgencias institucionales
- Internación domiciliaria
- Acompañamiento terapéutico

#### Centro de día

- Proceso terapéutico grupal con talleres creativos centrados en las habilidades personales
- Programas de 4 y 8 horas



te hacia su mujer rompe el estado entrópico, y la operatoria clínico-técnica que se desarrolló.

El Dr. Reynaldo Chacón, médico oncólogo, fue el segundo disertante del panel, quién, desde su experiencia, planteó cómo veía la inclusión de los profesionales psicoterapeutas en las diferentes etapas de la prevención y la cura del cáncer; hizo hincapié en la necesidad de que el terapeuta psicólogo conozca las vicisitudes orgánicas por las que atraviesa una persona que padece cáncer, y la inclusión de dichos profesionales en la planificación de los tratamientos, siendo el médico el coordinador del grupo interdisciplinario.

Planteó cuatro instancias de participación del psicólogo:

1. en la prevención,
2. en la detección precoz,
3. en la terapéutica curativa,
4. en la terapéutica paliativa y
5. en la terminalidad.

El Lic. Shwaiger, cuya especialidad es la de Economista en Salud, fue el último panelista. Sus reflexiones estuvieron centradas en la ubicación de los psicoterapeutas y su campo laboral frente a los parámetros que va imponiendo la globalización de la economía.

Con respecto a este tema, también tomó el concepto referido a la defensa del consumidor; cómo un asistido puede defender sus derechos a ser bien atendido y las posibilidades de poder elegir la calidad de prestación que quiere recibir, tema que vinculó a las privatizaciones que se están dando en del sistema de salud.

El segundo tema que desarrolló estuvo ligado a la problemática de

la seguridad social y el pasaje de un sistema de reparto a un sistema de capitalización. Sobre este aspecto el colega planteó una serie de interrogantes y trajo un concepto, el de equidad, y las vicisitudes que se viven a partir de dicha problemática. El tercer tema que desarrolló fue el ligado al destino de las obras sociales, la concentración de éstas y cómo esta situación irá determinando las prácticas psicoterapéuticas.

La jornada finalizó con la conferencia del Dr. Ricardo Maliandi, filósofo, de la cual tomaré fragmentos, y con ellos cerraré la síntesis de la misma.

El título de esta mesa fue "Aportes de la bioética actual" y el trabajo del Dr. Maliandi fue "La enfermedad como conflicto".

Estos son algunos pasajes de su conferencia.

"Dentro de la ética, sobre todo en nuestra época, ha surgido la ética aplicada, dentro de la cual la bioética es un área específica. A su vez a la bioética casi se la puede considerar, en un sentido muy estricto, sinónimo de la ética médica, pero con atención hacia las nuevas tecnologías, la relación médico paciente, o bien, en un sentido más extenso, abarcar también las cuestiones que se derivan del enorme desarrollo de la tecnología genética. Y algo todavía más amplio puede abarcar lo que se conoce como ética ecológica o ética del medio ambiente. En sentido amplio podemos abarcar esas tres grandes áreas.

Hay muchos enfoques en bioética, pero uno de los principales es el que se conoce como el principalismo en Bioética. Ha establecido,

sobre todo en la bioética norteamericana, cuatro principios:

- Principio de beneficencia,
- Principio de no maleficencia,
- Principio de autonomía y
- Principio de justicia.

El gran problema no es sólo aplicar estos principios, sino que el cumplimiento de uno de ellos entra en conflicto con el cumplimiento de otro. Quiero señalar que estos principios me parecen correctos, porque son expresiones específicas que constituyen las dos grandes estructuras conflictivas. La contraposición entre la tendencia a la universalidad y la tendencia a la diferenciación es la contraposición que existe entre el principio bioético de autonomía y el principio bioético de justicia. Y la contraposición de la realización de algo que todavía no está y la tendencia a la conservación, representa en la bioética la contraposición entre el principio de beneficencia y el principio de no maleficencia".

"... La medicina representa una forma de enfrentamiento con la enfermedad que de por sí es conflictiva. Por otra parte las pautas para la acción médica, también son diversas y están en conflicto entre sí. Dos perspectivas conflictivas que complican la situación de la medicina. Esto merece un estudio profundo y estamos haciéndolo desde hace bastante tiempo. Un mejor camino sería el establecimiento de determinados paradigmas de aplicabilidad en ética y bioética".

A continuación el disertante cita y desarrolla dichos paradigmas pero lo apretado de la síntesis sólo nos permitirá citarlos:

Los paradigmas de autoridad, paradigma de restitución compensada, principio de convergencia.

El desarrollo de los principios y paradigmas que nos trae el pensamiento bioético fue un aporte que aquellos profesionales de la salud que desarrollamos nuestra práctica con pacientes que padecen enfermedades orgánicas no podemos dejar de profundizar y deseamos utilizar esta reflexión a modo de cierre de esta Jornada en donde se encontraron diferentes saberes que operan sobre una misma situación: el enfermar ■

Gabriel Finkelievich,  
Coordinador general



## ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACION

COORDINACION  
**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