

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

3



INSTITUCIONALIZACION
DESINSTITUCIONALIZACION
POSTINSTITUCIONALIZACION

*Goldchluk / Casella / Mossotti
Cohen / Natella / Laub
García / Campana / López*

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

Volumen II - Nº 3 Marzo - Abril - Mayo 1991

Comité Científico

Directores:
Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

F. Alvarez (Bs. As.), 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.), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Loo (París), M.A. Matteredazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), P. Nöel (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), 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).

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (Hosp. Italiano y AP de BA); D. Friedman (Hosp. C.T. García); P. Gabay (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); C. Reggiani (Hosp. B. Moyano); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); **CORDOBA:** M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **Entre Ríos:** J. H. Garcilaso. **MENDOZA:** B. Gutiérrez. **RIO NEGRO:** J. Pelegrini. **ROSARIO:** M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Charcas 3939 P. B. "B", (1425), Capital Federal, Argentina, Tel. 72-8262 / 953-2353.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño:
Alfredo Saavedra
Lidia Mazzalomo

Corrección y estilo:
Diego Creimerman

Publicidad:
Oscar Peluffo Urtubey

Composición y Armado:
Omega Lasser
Sarmiento 3475 4º G
Tel. 87-6745

Impreso en:
La Técnica Impresora
General Cesar Díaz 4728
Tel. 568-0958 - Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. II N° 3, MARZO-ABRIL-MAYO 1991.

Todos los derechos reservados. © Copyright by Editorial VERTEX.

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.

Las Ilustraciones que acompañan el texto cumplen con la delicada función de sugerir o significar desde otros lenguajes, la fuerza de los trabajos. Aida Carballo, grabadora argentina, recientemente fallecida, abre el Dossier, Policastro señala imágenes de crisis así como Dalí irrumpe en la fragmentación de un estado confusional. El juego de objetos y representaciones son expresión del arte del diseño y aparecen fotografías provenientes de "The family of man", ed. Museum of Modern Arts, New York, 1955.

Flow, flow, flow, the current of life is ever onward... Kobodalshi

SUMARIO

1

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "El tercer receptor a la dopamina" Dra.M. P. Martres, París. pág. 5
- "Crisis social: sus efectos psicológicos", Dras. L. Edelman y D. Kordon, Buenos Aires. pág. 8
- "Aplicación de los principios de la terapia cognitiva conductual en el afrontamiento del estrés y la erosión psicológica en los docentes" Dr. J. Inbar, Buenos Aires. pág. 14
- "Los antidepresivos. Del conocimiento de su farmacocinética a la adaptación de su posología", Dres. B. Balza, C. Fabre y C. Derrieux, Carcassonne, pág. 18

2

DOSSIER

- "Institucionalización, Desinstitucionalización, Postinstitucionalización" Experiencias de Buenos Aires, A. E. Goldchluk y R. Casella, pág. 27; Santa Fe, con la coordinación de J. A. Mossotti, pág. 33; Río Negro, entrevista a H. Cohen y G. Natella, pág. 41 y trabajos de Córdoba, de C. Laub, I. García, M. Campana y M. López, pág. 48

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas" por el Prof. H. Vezzetti pág. 59
- "Discurso inaugural de la Colonia Nacional de Alienados" por el Dr. D. Cabred pág. 62
- "Asilo de puertas abiertas: Open-Door" pág. 67

4

CONFRONTACIONES

- "La confusión mental" Discusión clínica y terapéutica con el Dr. F. A. Alvarez pág. 71

5

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 77 Señales pág. 80



EDITORIAL

La historia de la locura es más antigua que la de la Psiquiatría.

Incesantemente los hombres se han preguntado acerca del fenómeno psicopatológico y han ensayado formas de relacionarse con él.

Concebida alternativamente como desequilibrio de la crasia humoral, posesión demoníaca, desvarío moral, alteración cerebral, perturbación primaria de la relación libidinal, forclusión..., la locura, escándalo social o problema sanitario —desde que se encargó a la medicina de dar cuenta de ella— ha motivado, a lo largo de la historia, la creación de métodos e instituciones para modificarla.

La casa familiar en la Antigüedad, el vagabundaje o la hoguera en la Edad Media, el encierro en los grandes hospicios o en el hospital psiquiátrico desde el siglo XIX fueron escenarios que acogieron a los hombres que la sufrían.

En los prolegómenos del siglo XX se inauguraron nuevas formas: el sistema del "non restraint" y el "open door" y más tarde, con la influencia del psicoanálisis, la psicofarmacología y las ciencias sociales, aparecieron las comunidades terapéuticas y las técnicas de prevención, asistencia y reinserción en la comunidad.

Se entró así en un proceso de de/construcción de las instituciones psiquiátricas tradicionales, de des/institucionalización, que al abrir nuevas opciones para la recepción de la locura en la sociedad moderna, inventó nuevos recursos, configurando una etapa que podemos calificar de post/institucional.

Pero estos cambios, lejos de presentar un panorama armónico y acompasado, se solapan y muestran la coexistencia contradictoria de diversas formas de tratamiento de la locura.

En este cruzamiento de opciones ideológicas y científicas, el lugar del psiquiatra aparece cuestionado y su rol sometido a una tensión, en último término, ética.

En el Dossier de este número presentamos un panorama, acotado pero representativo, de las instituciones psiquiátricas en nuestro país. Son trabajos diversos y a la vez reflexivos y amplios. Abarcan desde el deseo de mejorar los sistemas de atención institucional existentes hasta la propuesta de cierre de los establecimientos manicomiales.

Trabajos de Domingo Cabred ubican históricamente esta temática en el momento fundacional de un proyecto ideológicamente anclado en un modelo de país.

En la Primera Sección se da cuenta del hallazgo en el INSERM de Francia de un tercer receptor dopaminérgico que explicaría ciertos efectos secundarios de algunos psicofármacos. La aproximación cognitiva y la influencia de la crisis social en la población son motivo de sendos estudios.

En Confrontaciones, F. Alvarez ofrece una actualización sobre la patología de frontera neuro-psiquiátrica que caracteriza a la confusión mental.

Se abre así este segundo año de VERTEX ■

R. D. Spiguel J. C. Stagnaro D. Wintrebert



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina 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 no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
 - 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 en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. 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.

REVISTA

DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

El TERCER RECEPTOR a la DOPAMINA

Un nuevo blanco de acción de los neurolépticos

Marie Pascale Martres*

Resumen

Se informa y describe el descubrimiento de un nuevo receptor (D₃) a la dopamina y a los neurolépticos localizado predominantemente en el sistema límbico. Su bloqueo no implica efectos sobre las funciones motrices y/o neuroendócrinas como ocurre con el bloqueo de los receptores (D₁ y D₂) conocidos anteriormente. El diseño de un test simple para medir la actividad anti-D₃ debería permitir en el futuro la selección de nuevos compuestos farmacológicos desprovistos de efectos secundarios y/o con indicaciones terapéuticas más específicas.

Palabras clave: Dopamina - Receptores dopaminérgicos - Neurolépticos - Efectos secundarios.

Abstract

Information and description of the discovery of a new dopaminergic and neuroleptic receptor (D₃) located mainly in the limbic system. Its blockage does not affect the motor and/or neuroendocrine functions. The design of a simple way of testing the anti-D₃ activity should allow in the future the selection of new pharmacological compounds lacking secondary effects and with better suited therapeutic indications.

Key words: Dopamine - dopaminergic receptors - neuroleptic - Secondary effect.

Résumé

Cet article nous informe de la découverte et nous décrit un nouveau récepteur, (D₃) à la dopamine et aux neuroleptiques, localisé dans le système limbique principalement. Son blocage n'entraîne pas d'effets sur les fonctions motrices et/ou neuroendocrines comme cela se produit avec le blocage des récepteurs (D₁ et D₂) connus antérieurement. La création d'un test simple pour mesurer l'activité anti-D₃ devra permettre, dans le futur, la sélection de nouveaux composés pharmacologiques dépourvus d'effets secondaires, et/ou avec des indications thérapeutiques mieux adaptés.

Mots clés: Dopamine - Récepteurs Dopaminérgiques - Neuroleptiques - Effets secondaires.

La dopamina es un importante neuromediador cerebral implicado en el control de las funciones motrices, emocionales y cognitivas. La alteración del funcionamiento de los sistemas dopaminérgicos se encuentra en el origen de enfermedades neurológicas y psiquiátricas tales como la enfermedad de Parkinson y la esquizofrenia.

Hace ya una década que conocemos dos receptores dopaminérgicos llamados D₁ y D₂; los cuales, desde el inicio, fueron diferenciados por sus efectos sobre el AMP cíclico: el receptor D₁ activa la síntesis del mensajero intracelular y el D₂ la inhibe.

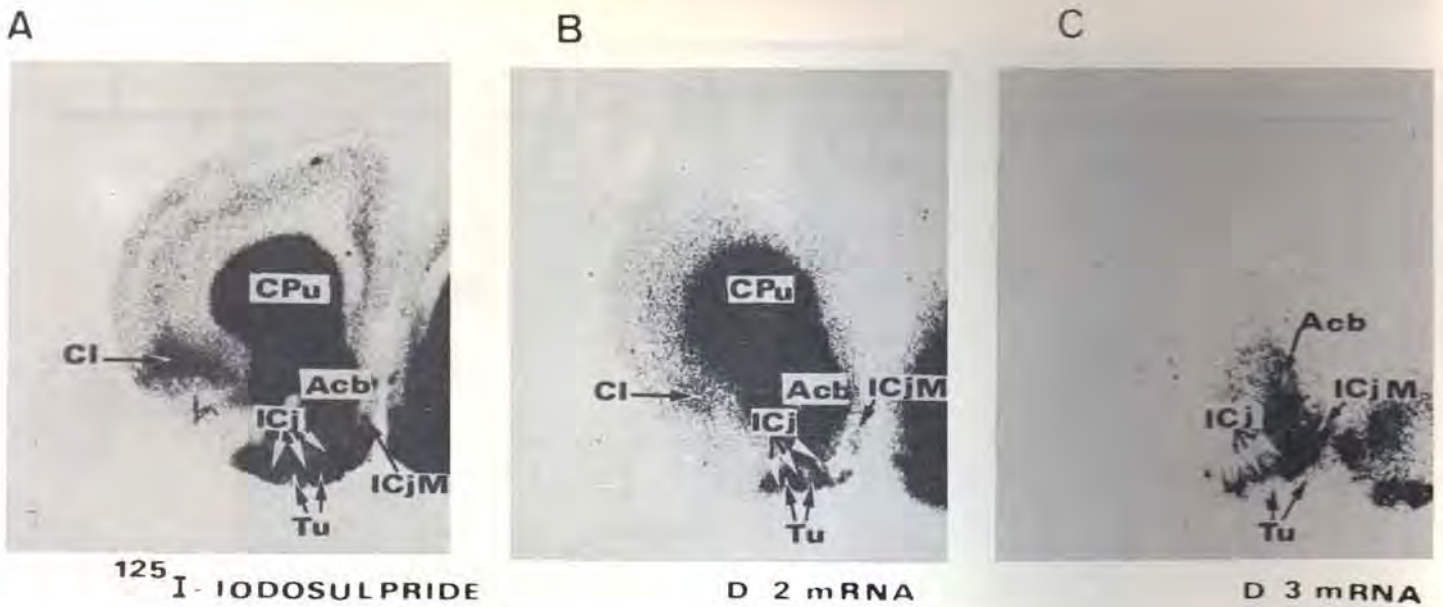
Los neurolépticos que bloquean la acción de la dopamina constituyen el tratamiento de elección de las manifestaciones delirantes y de los estados de agitación encontrados en el curso de las psicosis agudas y de las formas crónicas de la esquizofrenia.

Sin embargo, las propiedades benéficas de los neurolépticos se

acompañan de efectos secundarios indeseables, y a veces invalidantes, de los cuales los más molestos son de orden neurológico: rigidez muscular, enlentecimiento motor, y a veces, luego de tratamientos prolongados, aparición de movimientos involuntarios anormales (disquinesias tardías). Tanto los efectos terapéuticos, como los efectos secundarios, fueron explicados por la interacción de los neurolépticos con el receptor D₂ ya que el D₁ reconocía menos y de manera muy variable esas moléculas.

Ciertos neurolépticos considerados como atípicos (ej: la sulpirida) se distinguen de los neurolépticos típicos (ej: haloperidol) por las propiedades de su ligazón con las membranas de las células centrales(1) y por su propiedad de antagonizar selectivamente ciertos comportamientos estereotipados inducidos en el animal de experimentación por la administración de agonistas dopaminérgicos(1). Además, la utilización clínica de esos neurolépticos atípicos se acompaña de efectos secundarios más discretos y algunas de esas moléculas mejoran los síntomas negativos de la esquizofrenia. Esta serie de observaciones que no se

* Investigadora U. 109 de l'INSERM, Centre Paul Broca, 2ter rue d'Alesia, 75014 Paris, Francia.



Localización autoradiográfica de sitios de enlace y de los ARNm de los receptores D_2 y D_3 en un corte frontal de cerebro de rata.

La distribución del ARNm del receptor D_2 (B) es paralela a la de los sitios de enlace dopaminérgicos ($D_2 + D_3$) marcados por un ligando radioactivo (A) y presenta fuerte densidad en el estriado (CPu). La distribución del ARNm del receptor D_3 (C) está restringida a un territorio perteneciente al sistema límbico constituido por las partes ventromediana del estriado, del núcleo accumbens (Acb) y del tubérculo olfativo (Tu), particularmente los islotes de Calleja (ICj).

compadecía con la idea, admitida habitualmente, de que el receptor D_2 era el único blanco de los neurolepticos, nos condujo a investigar la existencia de otros receptores dopaminérgicos.

Las técnicas de la biología molecular han permitido recientemente avances importantes en el reconocimiento de receptores a la dopamina gracias a la homología de secuencia que existe en la familia de receptores acoplados a proteínas G a la que pertenecen los receptores a la dopamina.

En un artículo reciente(2) describimos el clonado y la caracterización de un nuevo receptor, denominado D_3 , que se distingue de los receptores D_1 y D_2 por su localización y su farmacología.

Hemos utilizado una porción del gen, del receptor D_2 (clonado en 1988)(3) para marcar de ADN, de cerebro de rata. Esa marcado unido a la técnica de PCR, nos ha permitido aislar un clon de ADNc que deduce una proteína 50% homóloga al receptor D_2 .

Uno de los hechos importantes es la localización de ese nuevo-receptor D_3 . La hibridación in situ de cortes de cerebro de rata con sondas nucleotídicas específicas de los receptores D_2 o D_3 (figura 1) muestra que las distribuciones de ARNm de los dos receptores son muy diferentes. La del mensajero del receptor D_2 es paralela a la de los receptores marcados con iodosulpride- ^{125}I , que es reconocido por los receptores D_2 y D_3 ,

con fuerte densidad en el conjunto del estriado. Por el contrario, la distribución del ARNm del receptor D_3 está restringida a la parte ventral del estriado, al núcleo accumbens y a los tubérculos olfativos. Esta distribución del receptor D_3 corresponde a un territorio perteneciente al sistema límbico que recibe sus aferencias dopaminérgicas del área tegmental ventral y sus otras aferencias del córtex primitivo. Esto sugiere que el receptor D_3 juega un rol importante en el sistema límbico, del cual hace mucho tiempo conocemos su función en el control de las emociones y los procesos cognitivos; mientras que el estriado, rico en receptores D_2 , está más particularmente implicado en el control de la motricidad. El ARNm del receptor D_3 está ausente de la hipófisis, lo que permite predecir que moléculas selectivas para el mismo no tendrán los efectos neuroendócrinos molestos que a veces sobrevienen durante el tratamiento con ciertos neurolepticos.

El gen del receptor D_3 fué introducido en una célula de cultivo capaz de expresarlo en abundancia y esto permitió el estudio de su farmacología. El receptor D_3 reconoce bien la dopamina y todos los neurolepticos lo que muestra que también constituye un blanco de acción para esas moléculas.

Pero el hecho relevante es que los neurolepticos típicos, como el haloperidol, son menos reconoci-

	Receptor D ₁	Receptor D ₂	Receptor D ₃
LOCALIZACION	Cuerpo estriado Glándula paratiroides	Cuerpo estriado Hipófisis	Sistema límbico
FUNCION	Secreción de la hormona paratiroides	Motricidad Secreciones hipofisarias	Emociones Procesos cognitivos
NEUROLEPTICOS MEJOR RECONOCIDOS	Flupentixol	Neurolépticos típicos (fuertes efectos secundarios motores) Ej. Haloperidol	Neurolépticos atípicos (menos efectos secundarios motores, más desinhibidores) Ej. Sulpirida
IDENTIDAD MOLECULAR	Proteínas de 446 aminoácidos Gen sin intrón	Proteínas de 444 aminoácidos Por lo menos 6 intrones	Proteínas de 446 aminoácidos (50% de homología con D2) Por lo menos 5 intrones
MENSAJERO INTRACELULAR	AMP cíclico ↗	AMP cíclico ↘	Desconocido (distinto del AMP cíclico)

dos por el receptor D₃ que por el D₂ mientras que los neurolépticos atípicos, como la sulpirida, son igualmente reconocido por los dos receptores. Existe, por lo tanto, una relación entre el bloqueo eficaz del receptor D₃ por parte de los neurolépticos atípicos y sus propiedades clínicas particulares caracterizadas por su débil propensión a inducir efectos neurológicos indeseables y su relativa eficacia para mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia (desinterés, repliegue sobre sí mismo, autismo). Esto sugiere que el bloqueo del receptor D₃ a nivel límbico es responsable de efectos antipsicóticos o, en todo caso participa en ellos, mientras que el bloqueo del receptor D₂ a nivel del estriado provoca los efectos sobre la motricidad.

Desde el descubrimiento, por azar, de la clorpromacina hace cuarenta años, los neurolépticos han sido frecuentemente identificados por medio de tests de comportamiento, en animales, que sólo ponen en evidencia su acción sobre el receptor D₂. Es así como de entre los miles de moléculas de potenciales neurolépticos que han sido sintetizadas solo se han intro-

ducido en la terapéutica algunas decenas. La creación de un test muy simple de actividad antiD₃ para ser utilizado por la industria farmacéutica, permitiría en los años venideros proponer a la clínica psiquiátrica nuevos compuestos desprovistos de efectos secundarios y/o con indicaciones terapéuticas más adaptadas ■

Ficha de identidad de los receptores dopaminérgicos

Bibliografía

1. Schwartz, J. C., Delandre, M., Martres, M. P., Sokoloff, P., Protais, P., Vasse, M., Costentin, J., Laibe, P., Wermut C. G., Gulat, C., Lafitte, A., Biochemical and behavioral identification of discriminant benzamide derivatives: new tools to differentiate subclasses of dopamine receptors. In "Catecholamines: Neuropharmacology and central nervous system. Theoretical aspects", Alan R. Liss, Inc. New-York, 1984, pp. 59-72.
2. Sokoloff, P., Giros, B., Matres, M. P., Bouthenet M. L., Schwartz, J. C., Molecular cloning and characterisation of a novel dopamine receptor (D₃) as a target for neuroleptics. Nature 1990, 347: sous presse.
3. Bunzow J. R., Van Tol H. H. M., Grandy D. K., Albert P., Salon J., Christie Mc. D., Machida C. A., Neve K. A., Civelli, O., Cloning and expression of a rat D₂ dopamine receptor cDNA. Nature 1988, 336: 783-787.

Crisis social: sus efectos psicológicos

Lucila Edelman*
Diana Kordon*

Resumen

La experiencia clínica con grupos de pacientes en período de crisis social demuestra que la ruptura de los aspectos simbióticos puestos en el encuadre social lleva a una depositación de los mismos en el grupo terapéutico a fin de controlar o inmovilizar la intensa ansiedad generada por los sentimientos de indefensión y desamparo. El grupo terapéutico pasa a ser el grupo real que provee apoyo y restituye la imagen de unidad perdida.

Palabras Clave: Crisis social — grupo terapéutico — Emergencia social

Abstract

Clinical experience with groups of patients in periods of social crisis shows that the rupture of symbiotic relationships with the social structure leads to their relocation in the therapeutic group in order to control the intense anxiety issued by the feelings of helplessness and abandonment. The therapeutic group becomes the real group that provides support and restores the image of lost unity.

Key words: social crisis - therapeutic group - Social emergency.

Résumé

L'expérience clinique avec des groupes de patients en période de crise sociale démontre que la rupture des aspects symbiotiques placés dans le cadre social, conduit à leur déplacement sur le groupe thérapeutique afin de contrôler ou immobiliser l'anxiété intense issue des sentiments de manque de défense et de détresse. Le groupe thérapeutique devient le groupe, réel qui donne appui et restitue l'image de l'unité perdue.

Mots Clés: Crise Sociale — groupe thérapeutique — Emergence sociale

Este trabajo está basado en algunas observaciones realizadas durante los períodos de hiperinflación de los años 1989 y 1990. Estas observaciones se complementaron con anteriores trabajos sobre la operatividad de las tareas grupales en las situaciones de emergencia social.(6,7)

En la Argentina, como en otros países del Tercer Mundo, las emergencias sociales son frecuentes.

Partimos en nuestro análisis de considerar a las catástrofes como emergencias sociales, ya que constituyen siempre un hecho social, aunque poseen distintas características, según se trate de calamidades naturales o provocadas por el hombre, como guerras, desaparición de personas, etc.

La situación de emergencia social afecta siempre a toda la población y no sólo a los damnificados más directos. Coloca a la comunidad en una circunstancia caracterizada por diferentes tipos de pérdidas: vidas, bienes, etc.

Produce también una pérdida de las normas que regulan las relaciones sociales previas, y entre y con los grupos de pertenencia, una crisis de los marcos de referencia, una ruptura de la cotidianidad frente a la cual las formas habituales de organización resultan inadecuadas. La situación de amenaza e incertidumbre, genera un fenómeno de ambigüedad con efectos desestructurantes en los grupos sociales y en la identidad personal y moviliza a los sentimientos más primarios de indefensión.

Desde el punto de vista de la afectación social, existe una varie-

dad según la posición asumida por el poder del Estado, que será diferente de acuerdo a que sea o no causante directo de la situación y al tipo de resolución de la emergencia social en que esté interesado.

— La duración de la situación de emergencia social, es decir que persistan o no las condiciones desfavorables, la amenaza y la diferencia derivada de ella, en cuanto al período necesario de recomposición.

— El tipo de respuestas movilizadoras de los afectados más directos.

— El manejo de los medios masivos de comunicación que actúan con informaciones que inciden directamente en la reconstitución de determinadas representaciones sociales respecto del fenómeno.

— El lugar social que ocupa el grupo de los afectados directos.

— Si este grupo afectado recibe solidaridad del conjunto de la sociedad o está marginado.

— La población está ante la disyuntiva de tomar una posición activa frente a la realidad o quedar en una situación de pasividad que aumenta el daño, emergiendo confusión y, como consecuencia de ello, paralización, sentimiento de impotencia, bloqueos emocionales y de pensamiento.

Consideramos que la crisis económica, social y política, que irrumpió violentamente bajo la forma de hiperinflación, constituyó en sí misma una emergencia social. Tal vez podamos describirla mejor con las palabras de R. Kaës: "es una de las características de las crisis aparecer imprevistamen-

* Médicos psiquiatras
Miembros de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
Docentes de Teoría Grupal del Instituto de Configuraciones Vinculares (A.A.P.P.G.)
Buenos Aires
Callao 157, 5º "C", Capital Federal.

te y en la masividad de lo único; pero produciendo la irrupción, la crisis comienza a perfilarse en una historia pasada y los recuerdos reaparecen revelando sus causas, sus orígenes e incluso sus soluciones. Sólo entonces recordamos las grandes fracturas que han marcado la soñada y lisa superficie del mundo, de las cosas y de la historia y que sufrimos en nuestro fuero interno variadas y múltiples cicatrices, trazas de sucesivos sacudimientos que, a través de ecos anestésicos, hemos experimentado en nuestro cuerpo, en nuestros afectos, en nuestros vínculos y en nuestros saberes. La urgencia de los hechos encubre y evoca la inminencia de la muerte. La desaparición de las antiguas garantías del orden, propia de todo sistema vivo de lo humano, es el elemento constitutivo capital de las disfunciones que caracterizan la crisis multidimensional a la que debemos sobrevivir.”(5)

Si bien los signos de la crisis se iban patetizando como nunca en la historia del país, con 9 millones de personas en situación de pobreza extrema y otra parte importante de la población con un descenso significativo en sus niveles de vida, a fines de mayo de 1989 unos 5 millones de personas quedaron en situación desesperante de hambre. Mientras los precios subían en horas, se produjeron en algunas ciudades saqueos, no sólo a supermercados, sino también a



pequeños comercios barriales, enfrentamientos entre barrios y entre vecinos.

Esta conmoción económica y social implicó una ruptura de los modelos de funcionamiento socioculturales habituales, inclusive de normas éticas de consensualidad internalizadas a lo largo de la historia. Esto determinó la pérdida de apoyo para el psiquismo en el encuadre socio-cultural habitual, en la medida en que no se creó otro que lo sustituyera. Y constituyó una dificultad especial en la elaboración del duelo por las pérdidas materiales.

La incertidumbre sobre cómo se saldría de esta situación se constituye, como toda incertidumbre, en un elemento desestructurante del psiquismo.

La desorganización de la vida

cotidiana producida por las restricciones en la alimentación, transporte, consumo de combustibles y energía, etc. y en mayor grado aún la producida por el desempleo determinan una pérdida de referentes habituales.

Winnicott dice que la herencia cultural es una extensión del espacio potencial entre el individuo y su entorno.(9) Es decir que la herencia cultural sería parte de ese espacio transicional entre el individuo y su entorno. Por lo tanto, si la cultura articula el código psíquico personal, la estructura de las identificaciones, de las fantasías personales de las relaciones de objetos, de

los sistemas defensivos, lo articula a través de un código social, sistema de pensamiento, valores, relaciones de sociabilidad, mentalidades.

Todo esto se pone en crisis cuando se rompen los modelos de funcionamiento socioculturales.

La variación violenta de los precios implica una pérdida de referentes externos.

Uno de los motivos por el cual la gente necesita comentar permanentemente con otros el tema de los precios, es justamente porque se intenta reconstruir a través de la confirmación por parte del otro, la existencia de un referente. Los precios remiten en última instancia al valor del propio trabajo y a la proporcionalidad en el intercambio de valores.

El valor fálico atribuido al dine-

ro en nuestra sociedad determina por otra parte sentimientos de devaluación personal.

Al variar constantemente las condiciones se produce una situación de imprevisibilidad, y no es posible elaborar proyectos; esto genera sentimientos de culpa en cuanto a que se tendría que haber tomado otra decisión, cuando en realidad en el momento que se tomó dicha decisión no se contaba con los elementos con los que, eventualmente, se contaría pocos días después para poder decidir un tipo de conducta adecuada.

Las respuestas implementadas no están todavía internalizadas. La olla popular por ejemplo, implica una forma de respuesta social y de organización social adecuadas, pero produce una afectación de la estructura de la vida familiar habitual, dado que la reunión alrededor de la mesa familiar implica una continuidad en la representación psíquica entre la madre, el alimento y la mesa.

Si el hecho de robar se convierte en una necesidad imperiosa a los fines de la supervivencia, queda afectada toda la organización psicosocial construída alrededor de la sanción moral del robo, ya que se produce un conflicto con la sanción social internalizada. No robar es uno de los diez mandamientos instituyentes de la cultura judeo-cristiana.

En el momento de los saqueos se produjo una ruptura de ciertas redes de organización social, con alteraciones en las interrelaciones sociales habituales, vinculado con el hecho de que el saqueo no es una forma de organización de una distribución diferente de la riqueza, sino que es un método inmediato de resolver la supervivencia.

La pérdida de referentes externos está vinculada al tema de la forma en la cual la estructura social funciona permanentemente como apoyo del psiquismo.

El psiquismo se apoya en el cuerpo, en la madre, en los grupos y en la estructura social. Esto no es sólo necesario para el proceso de conformación y desarrollo del aparato psíquico, sino también para mantener la continuidad de nuestras identificaciones.

Los desarrollos de Blejer sobre



núcleo aglutinado y encuadre coinciden con esta concepción.

Según Blejer, las instituciones delimitan efectivamente el núcleo básico de la identidad por medio de los grupos. Constituyen metasisistemas que nos contienen organizando nuestros encuadres, sin los cuales no podríamos vivir, si no pudiéramos depositar en ellos la parte psicótica de nuestra personalidad, si no se pudiese, cuando el encuadre se debilita, extraer de sus partes todavía no diferenciadas, algunos aspectos creativos.(3)

La crisis produce una ruptura de la relación inter e intrasubjetiva. Es decir, hay una ruptura en el transcurso de las cosas. Esta experiencia de la ruptura cuestiona dolorosamente en el sujeto la continuidad de sí mismo, la organización de sus identificaciones e ideales, el empleo de los mecanismos de defensa, la coherencia de su forma personal de sentir, de actuar y de pensar, la confiabilidad de sus lazos y pertenencia a gru-

pos, la eficacia del código común a todos aquellos que con él pertenecen a una misma forma de sociabilidad y cultura.

Según Piera Aulagnier(1,2), la unidad identificante-identificado, que es condición de existencia del Yo, presupone que se reserven en el espacio del identificado ciertos puntos de certeza. Estos puntos de certeza que provienen del marco-socio-cultural, mediatizado por el contrato narcisista, son necesarios para que el Yo persista en cuanto a individuo, es decir, en cuanto a continuidad reconocible y singular.

La situación de crisis produce también consecuencias desintegradoras sobre las defensas psíquicas socialmente organizadas de los individuos. Se favorece una regresión que pone en movimiento las ansiedades y defensas más primitivas.

La ruptura que implica la pérdida de estabilidad del marco social hace que se pierda el lugar en el que pueden ser depositados los aspectos más primitivos, que se vuelcan entonces sobre el propio sujeto. Se produce una dificultad en la discriminación Yo no Yo y se pone en movimiento ansiedades confusionales, angustias catastróficas, vivencias de desamparo y de pánico, angustia de no asignación, sentimiento de pérdida de lugar en el mundo.

En relación a la implementación de defensas arcaicas, se observa como, superpuestas a los cambios en el tipo y modo de alimentación que reconocen una motivación de índole económica, se producen situaciones cuya explicación se fundamenta en los elementos regresivos que se ponen en juego: comer más para reproducir en el propio cuerpo el continente materno; variación del tipo predominante de dietas, sobre todo el pasaje a dietas blandas; preparación doméstica de pastas, derivados lácteos, etc.

Se producen depositaciones en el cuerpo, ya sea a través del incremento de enfermedades psicosomáticas o del fenómeno hipocondríaco. Se produce un aumento de la agresión o de reacciones impulsivas en el marco del grupo familiar frente a la imposibilidad de resolver adecuadamente la satisfacción de las necesidades básicas.

En el ámbito externo, hay mayor comunicación pero también mayor irritabilidad y agresión, en algunos casos dirigidas al objeto adecuado y en otros desplazados a sustitutos inadecuados. Frecuentemente, hay una tendencia al repliegue sobre el grupo familiar.

Grupos terapéuticos y crisis

En los grupos terapéuticos hemos observado que, en casi toda la sesión o durante la primera parte, se necesita hablar de este tema para luego pasar a otros aparentemente más pertinentes. Aquello que ya no puede ser depositado en el encuadre social, necesita ser depositado en un lugar protegido, seguro, que ofrezca continuidad y estabilidad, como el grupo terapéutico. La fantasía sería poder controlar o inmovilizar las ansiedades generadas por la ruptura de los aspectos simbióticos puestos en el encuadre social. Como sabemos, la simbiosis es muda. Los síntomas aparecen cuando se rompe, inundando el espacio psíquico con temas reverberantes a la manera obsesiva.

Las fantasías en juego son las más primitivas vinculadas a los sentimientos de indefensión y desamparo. El grupo protegería frente a estas vivencias de indefensión y recién a partir de esto puede aparecer el material vinculado a las fantasías secundarias de cada uno de los miembros del grupo.

Ante la ineficacia del contexto social, el grupo terapéutico pasa a constituirse en el grupo real que provee la imagen de la unidad perdida y la apoyatura necesaria para superar el desvalimiento y la inhibición. Favorece el sentimiento de continuidad de la unidad, de la coherencia y la permanencia ante la reproducción de la vivencia de división interna sufrida por el sujeto a partir de las vivencias de separación iniciales.

En las sesiones de pacientes en tratamiento individual no hemos observado esto tan nítidamente, especialmente el que se presente en el primer momento de la sesión.

El grupo terapéutico ofrece como aspecto ventajoso ese espacio transicional que se constituye como intermediario entre el mundo



interno y el mundo externo, que ayuda a discriminar el Yo del no Yo, que proporciona apoyo y modelo para la implementación de nuevos recursos, para el reemplazo de mecanismos de regulación deteriorados.

El frecuente momento de informar un aumento de honorarios en un grupo es también difícil. El mundo exterior entra totalmente al grupo y se rompe toda disociación ilusoria. Los terapeutas por otra parte carecemos de convicción sobre el monto adecuado de los honorarios por la pérdida de referentes o por la distancia entre los referentes y las posibilidades.

El grupo implica una sujeción a ciertas normas grupales, lo cual hace que aquellos que necesitan reducir su tratamiento por razones económicas, en el grupo tengan que seguir o dejar. En la situación de crisis el encuadre requerirá ser lo más estable posible, dada la movilidad del contexto social.

La expectativa en el terapeuta es mayor que en otros momentos. Se busca que el terapeuta ofrezca

garantías frente a las sensaciones de inermidad. Esas expectativas también pueden ser colocadas en algún miembro del grupo. Aparecen formas de comunicación más regresivas, no atribuibles a una problemática "interna" del grupo terapéutico.

En algunos grupos se produjeron enfrentamientos y divisiones sociales entre sus miembros, reproduciendo la fragmentación o división social entre personas o grupos que, aunque en diferentes situaciones socio-económicas, eran igualmente víctimas de la crisis.

Diferenciamos dos aspectos: a) Reproducción directa de la situación social externa en el grupo; b) la imaginización subjetiva de la situación y su proyección en el ámbito grupal. Es diferente la evidencia real de la diferencia de clase social y las ideas en relación al origen de clase que pueden tener distintos miembros del grupo. Esto no requiere interpretación psicoanalítica. El aspecto b) está dado por ejemplo, en el acuerdo inconsciente para hablar de la situación al comenzar la sesión. En este caso hay una mediación interna para ese acuerdo. Podría ser la puesta en funcionamiento de fantasías o angustias y defensas muy primitivas, que en cada uno queda revestido por su anecdótico particular.

En este momento inicial del grupo predomina el isomorfismo. Este momento funciona como condición de posibilidad para poder luego producir un proceso de discriminación de cada uno de los miembros del grupo.

Resulta muy difícil para el terapeuta no tentarse de participar, no sentir la necesidad de inclusión en este primer nivel o sustraerse de sentir las mismas ansiedades catastróficas de los pacientes. La disociación instrumental resulta harto difícil. Ese momento isomórfico tiende a atrapar al terapeuta y a incluirlo. Pensamos que esto corresponde al fenómeno de mundos superpuestos descrito por Janine Puget y Wender. (8)

Diferencias con el período dictatorial

Creemos que hay diferencias importantes en cuanto a los as-

pectos psicosociales entre la catástrofe social producida por la represión dictatorial y la producida por la crisis económica.

En el período dictatorial lo que predominaba era la renegación inducida desde el poder, en relación a la existencia de la represión política y los desaparecidos.

En los grupos de reflexión con víctimas directas de la represión y sus familiares, había un primer momento en que era necesario reinstalar la presencia de aquello que era renegado socialmente. Este pacto renegatorio era un organizador del funcionamiento social y grupal: había una parte de la sociedad que estaba fuera de ese pacto renegatorio y había otra parte de la sociedad que, en distinta medida, presentaba el fenómeno de la alienación. Por eso, a pesar de que la crisis azota también de distinta manera, pero en grado mucho menor, al no existir ese pacto renegatorio, los efectos subjetivos de la situación son muchísimo mayores. Por eso hay personas que no están afectadas directamente en su nivel de vida, que no necesitarían restringirse y, sin embargo están también afectadas psicológicamente por la crisis.

En el fenómeno de la alienación, se produce la sensación ilusoria de que no se es afectado por la situación. Esta diferencia es notable teniendo en cuenta que, observando con objetividad, en ciertos sectores durante el período de la represión era mucho más posible que fueran secuestrados o encarcelados o torturados a que en la actualidad lleguen a estar en una situación de indefensión de ese tipo. Sin embargo, la vivencia catastrófica es mayor ahora.

La situación de crisis moviliza el "nucleo aglutinado" de Blejer, con la irrupción consiguiente de las ansiedades confusionales.

Durante el período dictatorial se creó un campo paranoico, con ansiedades persecutorias, más discriminados que las vivencias actuales de caos y confusión. También hay que tener en cuenta que el período dictatorial, el pacto renegatorio iba asociado en algunos sectores sociales a un fenómeno de ilusión social, maníaco, apoyado en ciertas condiciones econó-

micas coyunturales que les permitían acceder a ciertos beneficios, que constituyeron la base material para esa vivencia ilusoria y que hoy se desmorona.

Las representaciones sociales son también diferentes. En 1989 se creó primero la representación social de que la Argentina era un "paquete" del que nadie se quería hacer cargo, cuando en realidad había una lucha feroz por el poder; pero la representación social que se creó era que el presidente saliente R. Alfonsín se quería ir y que el presidente electo C. S. Menem no quería asumir.

El fallecimiento del Ministro de Economía J. Roig, independientemente de las opiniones acerca de su gestión, indujo la representación de que quien intenta hacerse cargo de la situación estalla y muere, lo cual creó mayor vivencia de desprotección.

El país estaba representado también como una maquinaria desintegrada, con la consecuente elusión de responsabilidades.

Existió una continuidad en las representaciones sociales en rela-

Distintas formas de prácticas sociales se constituyen en grupos de referencia que ofrecen modelos superadores y contribuyen a producir representaciones sociales alternativas que ayudan a restaurar las expectativas creadoras y los proyectos, no sólo en los individuos que participan en ellas, sino también en el conjunto social.

ción a la impunidad. Impunidad en cuanto a la represión en el período dictatorial y a los delitos económicos y grandes negociados de ese período y del período constitucional posterior.

Progresión y regresión en la crisis

La crisis es simultáneamente un revelador y un operador. Revela lo latente y lo virtual, los antagonismos fundamentales. El avance oculto de nuevas realidades, la capacidad de supervivencia o de transformación. Pone en funcionamiento todo lo que pueda aportar cambio, transformación, evolución. (R. Kaes).

En la situación de crisis se observan elementos regresivos y progresivos. Se produce una búsqueda espontánea de la grupalidad como apoyatura y se implementan nuevas formas de solidaridad social. Desde la organización vecinal para la adquisición de alimentos, hasta la aparición en dimensión social importante de las ollas populares.

Se intenta con estas formas organizativas, ayudar a resolver la subsistencia. Pero al mismo tiempo, constituyen elementos que apuntan a la recomposición de una malla social y grupal que opera como apoyatura del psiquismo en el momento de crisis, que otorga una imagen de unidad, coherencia y potencia frente a las vivencias individuales catastróficas. Estos elementos progresivos pueden adquirir verdadera estabilidad y sentido de desarrollo en la medida en que se proyectan como nuevas formas de práctica social. Práctica social implica algún tipo de acción transformadora de la realidad y juega un papel importante en favorecer la expectativa creadora que es otro elemento progresivo para la elaboración y resolución de la crisis.

La expectativa creadora tiene como condición la interpretación y el reconocimiento de las leyes que regulan la situación crítica. Esta comprensión no es una tarea de laboratorio sino que es, a su vez, producto de la práctica social. Esta crea la condición de posibilidad para la elaboración y sostenimiento de nuevos proyectos.

Coincidimos con Kaes, en que hay también una relación entre la acción transformadora y la forma de grupalidad espontánea que surge en función y a partir de aquella.(4)

El grupo pequeño y el grupo social constituyen así espacios adecuados para la reconstrucción del apoyo, de la representación del sí mismo y de la recuperación de la creatividad. Se puede restaurar así un proyecto que es el sentimiento de esperanza en relación al futuro. Pero, la expectativa creadora o la esperanza a veces adquieren formas omnipotentes: ante la desgracia y los peligros de la crisis pueden aparecer como contrapartida la esperanza absoluta.

Dístitas formas de prácticas sociales se constituyen en grupos de referencia que ofrecen modelos superadores y contribuyen a producir representaciones sociales alternativas que ayudan a restaurar las expectativas creadoras y los proyectos, no sólo en los individuos que participan en ella, sino

también en el conjunto social; tienen efectos instituyentes en el cuerpo social.

Lo regresivo y lo progresivo coexisten permanentemente en la crisis. En las madres de desaparecidos los elementos progresivos dados por el desarrollo en distintos planos, desde lo íntimo y personal a lo social y político, no obstan la existencia de elementos regresivos dados por aspectos narcisistas del tipo de pertenencia grupal.

De la misma manera, el repliegue sobre el grupo familiar suele acompañarse de un incremento o búsqueda de recuperación de afectos y vínculos interpersonales más discriminados.

Regresión y progresión, crisis y desarrollo, ruptura de la continuidad del marco social con la consiguiente ruptura en el sentimiento de continuidad del sí mismo; la situación crítica no hace más que evidenciar en forma superlativa la íntima relación del sujeto con sus relaciones constituyentes, y la tarea del Yo de constituirse perma-

nentemente a lo largo de la vida, de tornarse capaz de pensar su propia temporalidad, de afrontar su propio devenir en tanto invisibilidad e incertidumbre ■

Bibliografía

1. Aulagnier P. Los destinos del placer. Editorial Argot. 1980.
2. Aulagnier P. La violencia de la interpretación. Amorrortu. Bs. As. 1988.
3. Blejer J. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico, en Crisis, ruptura y superación. Ediciones Cinco. Bs. As. 1983.
4. Kaës R. El apoyo del psiquismo individual. Temas de psicología social. Bs. As. Abril 1981.
5. Kaës R. Crisis, ruptura y superación. Ediciones Cinco. Bs. As. 1983.
6. Kordon D. y Edelman L. Observaciones sobre los efectos psicopatológicos del silenciamiento social respecto de la existencia de los desaparecidos, —Efectos Psicológicos de la Represión. Editorial Sudamericana— Planeta. Bs. As., 1986.
7. Kordon D., Edelman L. y Lagos D. Acerca de la experiencia de los grupos de orientación con familiares de desaparecidos.(en prensa).
8. Puget, J. y Wender, L., "Analista y paciente en mundos superpuestos", Psicoanálisis, IV, 3, 1982.
9. Winnicott, D. W., Realidad y juego. Gedisa, 1985.

LEVI-STRAUSS, MEAD, BASTIDE,
MALINOWSKI, FRAZER, KERENYI

¿Historia?
¿Estructura?
¿Mitología?
¿Etnosociología?

Antropología
para profesionales
Psi

María Eugenia Bergera
Viviana Liatis

543-3912

SURCO
ESCUELA HOSTAL

Lugar de trabajo e investigación
en psicoanálisis y pedagogía.
Institución para el tratamiento
de niños y adolescentes
con perturbaciones psicóticas.

Directora:

Lic. Beatriz Gutierrez

Director Asesor:

Lic. Norberto Rabinovich

Informes: 93-3487 / 296-3448

Constanzo 234
Monte Grande - Pcia. de Bs.As.

Aplicación de los principios de la terapia cognitiva conductual en el afrontamiento del estrés y la erosión psicológica en los docentes

Jacinto Inbar*

Resumen

El estrés y su efecto acumulador llamado por el autor erosión psicológica pueden afectar notablemente el rendimiento de sujetos que trabajan en la actividad docente.

La erosión psicológica resulta de la imposibilidad de responder adaptativamente a intensas demandas del entorno. Se comprueban los beneficios que aporta la aplicación de la Terapia Conductual Cognitiva para la corrección de las conductas disfuncionales en los docentes afectados de erosión psicológica.

Palabras clave: Estrés - Erosión psicológica - Docentes.

Abstract

The intense demands met by educators in their work can lead them to situations with a high level of stress. The degree of the following psychological erosion can be tested and then properly treated through cognitive therapy.

Key words: Stress - Psychological erosion - Cognitive therapy.

Résumé

Le stress et son effet accumulateur, appelé par l'auteur érosion psychologique, peuvent affecter notablement le rendement des sujets qui travaillent comme enseignants.

L'érosion psychologique est la conséquence de l'impossibilité de répondre de manière adaptée aux demandes intenses de l'entourage. On vérifie les bienfaits qu'apporte la Thérapie Conductuelle Cognitive pour corriger les conduites disfonctionnelles chez les enseignants atteints d'érosion psychologique.

Mots Clés: Stress - Erosion psychologique - Enseignants.

Durante los últimos años se han realizado decenas de congresos y seminarios en los cuales fueron discutidas las estrategias para producir transformaciones substanciales en el sistema educativo, adecuándolo a las necesidades cambiantes de las sociedades modernas.

Sin embargo, en cuanto al área educativa, los cambios son muy lentos y tienden a ser inefectivos. Uno de los motivos es que el agente transformador —el docente— vivencia situaciones de alto poder estresante que lo conducen a un desgaste y erosión psicológica, que limita entre otras, la posibilidad de implementar los cambios necesarios, a pesar de su identificación y compromiso.

Los datos recogidos en distintos seminarios de aprendizaje y de reflexión en los cuales participaron supervisores y docentes de instituciones educativas, indicaron que un 65% de los primeros y un 43% de los educadores encuestados consideran que el fenómeno del estrés y su efecto acumulador, el desgaste emocional, o erosión psicológica en términos del autor, son temas preocupantes y relevantes para todos aquellos involucrados en el quehacer y la creatividad educativa.

Al mismo tiempo tanto supervisores como los docentes mismos estimaron que el sistema educativo y comunitario deben colaborar en la identificación de las causas etiológicas, los síntomas individuales, grupales y organizacionales, y estimular la búsqueda de estrategias de afrontamiento eficaces que puedan ser adoptadas por los educadores.

El estrés como proceso interaccional es vivenciado por el docente cuando este *percibe* determinadas demandas, exigencias o expectativas provenientes del entorno social y organizacional, que exceden sus capacidades *percibidas* de poder satisfacerlas, y cuando esa imposibilidad tiene consecuencias *percibidas* importantes o significativas para la persona.

Coincidiendo con McGrath (1970) en cuanto a su definición, y con Inbar(6) en cuanto al proceso evolutivo, enfatizamos la importancia y relevancia de los procesos de percepción y de evaluación cognitiva en el origen del estrés.

Es decir que este fenómeno se origina en condiciones o situaciones en las cuales la existencia de factores de amenaza o de incertidumbre no deben ser necesariamente objetivas o "reales", sino que son *percibidas como reales* por el docente. En cuanto a las habilidades, capacidades y recursos *percibidos* para afrontar las demandas o exigencias de la situación, consideramos que la intensidad de la experiencia estresante no es función de la "capacidad objetiva" de la persona sino de su auto-eficacia percibida (1, 2, 3,) y en qué medida se auto-percibe poseedor de los *mecanismos efectivos de afrontamiento* (6).

En cuanto a las *consecuencias percibidas* (no necesariamente reales) producidas por la imposibilidad de satisfacer las exigencias de la situación, estas deben ser consideradas como importantes o relevantes para la persona (por ejemplo tener significado reforzador de

*Psicólogo Médico. Centro Cosell para el Desarrollo de la Salud.
Universidad Hebrea de Jerusalem.
Miembro Honorario del Centro de Terapia Cognitiva (Bs. As.).
Virrey del Pino 2428 7° 48, Buenos Aires.

la auto-estima o del status profesional del docente).

La erosión psicológica o desgaste emocional no es el producto inevitable de la acumulación de vivencias estresantes, sino resultado de la imposibilidad de responder efectiva y adaptativamente a las continuas e intensas demandas del entorno, en situaciones de involucración emocional y entrega constantes que son características de la profesión docente.

Mientras el estrés puede producir, en condiciones determinadas, efectos positivos (eustrés) o negativos (distrés), la erosión psicológica sólo tiene consecuencias negativas para el docente, para el receptor de la gestión educativa (educando) y para la institución.

En otras palabras, una cantidad tolerable de estrés permite a la persona elevar su rendimiento y efectividad (relación curvilínea), o movilizar los recursos y capacidades disponibles o accesibles en el entorno. Por el contrario, la erosión psicológica conforma un conjunto de síntomas de reacciones de agotamiento, resultado de una presión emocional constante y repetida asociada con una involucración intensa con personas durante largos períodos (9).

Este *proceso progresivo* de agotamiento físico y emocional produce actitudes negativas hacia la tarea docente, una baja auto-estima profesional, y una disminución en el respeto, consideración e interés por los educandos(6).

Indudablemente, desde una perspectiva teórica consideramos y privilegiamos la creación de instituciones educativas y comunitarias en las cuales se manifiesten en su mínima expresión las fuentes de estrés y de erosión psicológica. Al mismo tiempo somos conscientes de que estas manifestaciones son consecuencias potenciales de la gestión educativa, debido a la focalización persistente en las dificultades y necesidades del educando, con la correspondiente entrega, involucración y compromiso por parte del docente.

Distintas son las estrategias de afrontamiento propuestas para la disminución del estrés y del agotamiento emocional o erosión psicológica. Algunas priorizan el en-

frentamiento directo con los factores estresantes o erosionantes, otras privilegian la creación de grupos de apoyo social y profesional, existiendo aquellas que enfatizan la importancia de intervenciones de Desarrollo Organizacional (OD) que modifiquen la estructura y/o dinámica institucional e influyan directamente sobre las variables etiológicas que producen los síntomas en cuestión.

En el presente trabajo hemos adoptado los principios de la Terapia Cognitiva, entre ellas, precisamente, la Terapia Cognitiva Conductual debido a la importancia que reviste el poder identificar las premisas, supuestos subyacentes, distorsiones de la percepción y de la evaluación cognitiva, como así también el sistema de creencias idiosincrático del docente que dan lugar a autoenunciados y a conductas desadaptativas.

La Terapia Cognitiva es considerada como un sistema psicoterapéutico basado en una teoría psicopatológica que concibe que la manera en que un individuo siente o se comporta está determinada por la forma en que éste percibe y estructura su experiencia(4). Es decir, que la forma en que el docente percibe, evalúa y estructura situaciones o eventos determina de una manera significativa sus emociones y conductas.

La aplicación de este acercamiento psicoterapéutico se fundamenta en ciertos principios que lo consideran como una estrategia alternativa de alto potencial de efectividad, debido a que: a) es breve y limitado en el tiempo, b) es estructurado y directivo pero al mismo tiempo el docente cumple un rol activo y participativo; c) está orientado a resolver la dificultad o problema identificado (percepción y experimentación del estrés y de la erosión psicológica); d) se basa en un modelo educacional, estimulando a que el docente aprenda a verificar sus supuestos subyacentes, a cuestionar la realidad percibida, a reflexionar sobre las distintas explicaciones o atribuciones alternativas, a corregir percepciones y evaluaciones desadaptativas y a adoptar conductas nuevas ampliando su repertorio interaccional y habilidades de

afrontamiento y de resolución de problemas; e) el espacio de aprendizaje y de cambio trasciende del encuentro "terapeuta"-docente, continúa en el hogar del educador, inclusive en el entorno real de trabajo, por medio de las "tareas para el hogar" que son concebidas como parte integral del proceso, recopilando datos relevantes a la percepción y experimentación del estrés y de la erosión psicológica, identificando pensamientos automáticos y supuestos subyacentes inadecuados, examinando y sometiendo a prueba los pensamientos e imágenes del docente, potencializando de esta manera los efectos del aprendizaje que surge del "encuentro terapéutico"; y f) permite la transferencia de las habilidades y conductas adquiridas a situaciones y problemáticas distintas, fortaleciendo de esta manera la auto-eficacia percibida del docente en cuanto a su potencial de afrontamiento y de resolución de problemas.

Las técnicas cognitivas del modelo son diseñadas explícitamente para ayudar al docente a identificar, examinar y corregir conceptualizaciones y percepciones distorsionadas de su entorno social y ambiental, o de sus capacidades y habilidades y las creencias disfuncionales son incluidas para cumplir un rol instrumental en el cambio cognitivo por medio de la obtención de la experiencia necesaria para crear nuevas cogniciones, cambiar suposiciones desadaptativas, ampliar el repertorio conductual de afrontamiento y la auto-eficacia percibida.

Integrando los fundamentos cognitivos para una terapia del estrés y de la erosión psicológica, tratamos en nuestra experiencia de influir en algún punto del proceso: la percepción, la elaboración y evaluación de la información percibida, en las emociones activadas, en la forma de estructurar situaciones y eventos o en las conductas producidas, Enfatizamos la relevancia de la reciprocidad triádica o determinismo recíproco(1, 3), con la posibilidad de la modificación del entorno "real" o la percepción del mismo, y por lo tanto las conductas disfuncionales y desadaptativas de la persona que a

su vez crean su entorno social y organizacional y sus correspondientes reacciones estresantes y erosivos potenciales.

Debido a que la activación emocional y la conducta disfuncional están mediatizadas por las evaluaciones, interpretaciones e inferencias que realiza la persona de las situaciones y eventos, consideramos importante posibilitar el cambio o re-estructuración cognitiva, colaborando con el docente para que éste pueda desarrollar su capacidad de reconocer la irracionalidad de ciertos pensamientos, especialmente aquellos que se relacionan con la atribución uni-causal de sus conductas, consideradas por éste como consecuencia de sus características de personalidad, de su incapacidad de auto-control y de su auto-eficacia limitada, que tanto deterioran su seguridad e imagen.

Consideramos esta estrategia cognitiva como fundamental para el afrontamiento del estrés y de la erosión psicológica, enfatizando el análisis de lógicas irracionales, el exámen y el cuestionamiento de hipótesis, generando interpretaciones alternativas, reatribuyendo causalidad a los eventos, especialmente desde una perspectiva interaccionista y recíprocamente determinada.

Los integrantes de la muestra del presente estudio fueron docentes en escuelas primarias y secundarias, los cuales llenaron el cuestionario modificado de estrés ocupacional del docente(6).

El objetivo fue el poder identificar factores organizacionales e interaccionales que influyen en la creación del estrés en dichos docentes.

Con la finalidad de medir la erosión psicológica de los participantes del estudio utilizamos la Tedium Measure de Kafry y Pines (9), que evalúa el grado de erosión psicológica en diversos aspectos:



agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental.

Aquellos docentes que respondieron con puntajes altos en estos dos cuestionarios, fueron considerados como "estresados" y "agotados psicológicamente" e invitados a participar en los grupos "terapéuticos".

El proceso corrector o psicoterapéutico constaba de 12 sesiones, en las cuales se enfatizaban distintas actividades cuyos objetivos diferenciales estaban dirigidos hacia la comprensión de los principios, fundamentación, conceptos y estructura de la Terapia Cognitiva Conductual, identificación de los factores estresantes y erosivos de los participantes, las

cogniciones y conductas disfuncionales, el mantenimiento, refuerzo y consolidación de los cambios adoptados, etc.

En la mayoría de las sesiones, especialmente en las primeras reuniones, integramos ciertos aspectos teóricos y fundamentaciones de la tarea conjunta, incluyendo material escrito, grabaciones y video-tapes.

La re-estructuración cognitiva es incluida en todos los enfoques de la Terapia cognitiva, inclusive en la adoptada en el presente estudio, en la cual se enfatizan los aspectos de la modificación de la conducta y el acercamiento del aprendizaje social.

Recordemos que la activación emocional y la conducta disfuncional están mediatizadas por las evaluaciones, interpretaciones e inferencias que realiza la persona de las situaciones y eventos. Por lo tanto, la finalidad del cambio o re-estructuración cognitiva es la de colaborar para que el docente pueda desarrollar su capacidad de reconocer la irracionalidad de ciertos pensamientos, especialmente aquellos que se relacionan con la atribución uni-causal de sus conductas.

Integramos esta estrategia cognitiva pues la consideramos fundamental para el afrontamiento del estrés y de la erosión psicológica, enfatizando el análisis de lógicas irracionales, el examen de hipótesis, la generación de interpretaciones alternativas y la reatribución de la causalidad de los eventos, especialmente desde una perspectiva interaccionista y recíprocamente determinada.

En sesiones posteriores integramos un instrumento de auto-ayuda modificado del "Ret self-help form" de Ellis y Grieger(5), por medio del cual el docente trataba de identificar los eventos activadores de sus emociones (A, en términos de Ellis), las creencias (B),

las consecuencias (C), el cuestionamiento de aquellas creencias consideradas como irracionales (D), y su reemplazo por creencias racionales efectivas (E).

Fueron incluidos ejercicios con la finalidad de modificar las auto-verbalizaciones e imágenes que pudieran provocar vivencias de estrés, fomentando la producción de conductas funcionales y adaptativas. Como mencionamos anteriormente, y coincidiendo con Bandura(1), determinamos el objetivo de estas sesiones, el cual era el de modificar las interacciones recíprocas entre los distintos elementos que la componen y que influyen en el resultado y calidad de la misma: cognición, emoción, conducta y entorno físico-social.

En una fase más avanzada del proceso terapéutico, integramos elementos del Entrenamiento en Inoculación de estrés(7, 8). Este enfoque pertenece a los modelos de control cognitivo comportamental del estrés, utilizado en la modificación del procesamiento cognitivo de la persona con la finalidad de modificar ciertas pautas conductuales disfuncionales y las apreciaciones del docente sobre sus capacidades, habilidades y relevancia de la situación.

Este enfoque consta de tres fases diferenciadas: una fase educativa y de conceptualización (fueron reforzados algunos conceptos incluidos en las primeras sesiones); una segunda fase de adquisición y entrenamiento de habilidades, en la cual incluimos el aprendizaje y práctica de habilidades físicas y de afrontamiento, relajación muscular y mental progresiva, enfatizamos aún más la re-estructuración cognitiva, el ensayo de auto-enunciados de afrontamiento y la programación de estrategias cognitivas.

La tercera fase de aplicación y seguimiento brindaba al docente la posibilidad de ensayar y practicar lo aprendido en la etapa anterior, esta vez en situaciones productoras de estrés, ya sea real o imaginaria, en condiciones de exposición distintas y estimulando la posibilidad de que cada integrante del grupo pueda enseñar sus habilidades a otros.

Tanto en la segunda fase como

en la tercera, incluimos aspectos que consideramos relevantes y significativos para el fortalecimiento de la auto-eficacia percibida del docente y para una interacción efectiva con su entorno social.

El desarrollo de la asertividad fue integrado en distintas sesiones. Los docentes aprendieron a distinguir entre conductas asertivas (funcionales), no asertivas, y agresivas (disfuncionales). La comprensión de los derechos propios en su interacción con la autoridad (supervisor o director), el determinismo recíproco y la reacción del entorno social frente a su conducta (por ej. comportamiento agresivo) fueron incluidos conjuntamente con los principios y técnicas en la resolución de conflictos, enfatizando los aspectos cognitivos y conductuales en su creación y soluciones alternativas.

La idea de concientizar a los participantes del presente estudio de la importancia del aprendizaje de resolución de problemas fue fundamentada desde nuestra consideración de que muchas de las distorsiones emocionales (y entre ellas el estrés y su consecuente erosión psicológica) pueden ser concebidas como conductas inefectivas cuyas consecuencias son resultado de la incapacidad de resolver problemas situacionales, la cual a su vez produce nuevas dificultades de interacción con el entorno social y organizacional.

Al respecto se les brindó a los participantes la posibilidad de aprender a resolver dificultades relacionadas con su rol docente y que son productores potenciales de estrés, como por ejemplo el conflicto de roles, etc.

Al final de esta experiencia, les fue solicitado completar nuevamente los cuestionarios de estrés y erosión psicológica, cuyos resultados indicaron cambios significativos en los puntajes obtenidos.

Dos cuestionarios fueron incluidos con la intención de verificar la efectividad de la intervención correctora. Uno relacionado a sus conductas en el ambiente profesional real y otro cuya finalidad era estimar la percepción de su auto-eficacia percibida.

A pesar de las limitaciones propias de los cuestionarios de auto-

evaluación en cuanto a su confiabilidad y validez, los resultados obtenidos tienden a corroborar la relevancia de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en el afrontamiento del estrés y la erosión psicológica entre profesionales de la salud: trabajadores comunitarios, asistentes sociales, etc.

El autor agradece la colaboración de la Lic. Sara Baringoltz y del Lic. Héctor Fernández Alvarez de la Universidad de Belgrano en los pasos previos a la realización del presente trabajo.

Bibliografía consultada

1. Bandura, A., "Self-efficacy: Toward a unifying Theory of behavioral change" *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215
2. Bandura, A., "Self efficacy mechanism in human agency", *American Psychologist*, 1982, 37, 122-147.
3. Bandura, A., *Social Foundation of Thought and Action*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986
4. Beck, A. T., *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, N.Y.: Harper y Row, 1967.
5. Ellis, A y Grieger, R., *Handbook of rational-emotive therapy*, N.Y.: Springer, 1977, vol. 1.
6. Inbar, J., "Supervision as a means of confronting the burnout process of sport and recreation workers" *Proceedings of the 26th ICHPER World Congress*, Wingate, 1983: 306-316
7. Jaremko, M. E., "A component analysis of stress-inoculation training: Review and perspectives", *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3, 35-48.
8. Meichenbaum, D. y M.E. Jaremko (eds), *Prevención y Reducción del Estrés*, Bilbao: Desclee de Brouwer, 1987
9. Pines, A., Aronson, E. y Katry, D. *Burnout-from tedium to growth*, N.Y.: The Free Press, 1981

LOS ANTIDEPRESIVOS

Del conocimiento de su farmacocinética a la adaptación de su posología[☆]

B. Balza*
C. Fabre**
C. Derrieux**

Resumen

Este artículo hace una descripción de los principales parámetros farmacocinéticos de los antidepresivos.

Se examinan a continuación los factores que influyen esos parámetros ya sea que se trata de factores genéticos, condiciones patológicas o de factores exteriores. Después de haber presentado las correlaciones coeficiente plasmático/efecto clínico, establecidas para algunos de ellos, los autores subrayan la necesidad de practicar una adaptación de la posología en ciertas situaciones. A tal fin proponen la utilización de una dosis-test.

Palabras clave: Antidepresivos — Farmacocinética — Fuentes de variabilidad — Adaptación de Posología.

Abstract

Anti-depressant drugs: from the knowledge of pharmacokinetics to the adjustment of the posology. This paper draws up a review of the main pharmacokinetic parameters of anti-depressant drugs. It then considers the factors influencing these parameters, such as genetical factors, pathological conditions or external factors. After presenting the correlations between plasmatic rates and clinical effect, established for some of them, the authors underline the necessity to practice an adjustment of the posology in certain situations. For this purpose, they propose the utilization of a test-dose.

Key words: Anti-depressant drugs — Pharmacokinetics — Sources of variability — Adjustment of the posology.

Résumé

Cet article dresse un tableau des principaux paramètres pharmacocinétiques des antidépresseurs. Il envisage ensuite les facteurs influençant ces paramètres, qu'il s'agisse de facteurs génétiques, de conditions pathologiques ou de facteurs extérieurs. Après avoir présenté les corrélations taux plasmatiques-effet clinique, établies pour certains d'entre eux, les auteurs soulignent la nécessité de pratiquer une adaptation de posologie dans certaines situations. Dans ce but, ils proposent l'utilisation d'une dose-test.

Mots-clés: Antidépresseur — Pharmacocinétique — Sources de variabilité — Adaptation de posologie.

La clase de los antidepresivos, aparecida en los años '60, está constituida por tres grupos de productos:

— los imipramínicos de referencia o de primera generación: imipramina, desipramina, amitriptilina, nortriptilina, clomipramina;

— los IMAO;

— los antidepresivos de segunda generación.

Los imipramínicos de primera generación son los productos que han sido más estudiados y los primeros para los cuales han sido demostradas las correlaciones nivel sérico/efecto clínico.

Ellos son los más comúnmente sujetos a seguimiento terapéutico en la actualidad.

Los IMAO, contemporáneos de los precedentes, han sido, habida cuenta de las dificultades que ocasiona su utilización, casi abandonados hasta la comercialización en 1985 de un nuevo IMAO selectivo: la Toloxatona. Sin embargo, este producto, muy reciente no ha sido aún monitoreado. Por esta razón no consideramos el grupo de los IMAO en este trabajo.

Los antidepresivos de segunda generación, aparecidos desde 1975, constituyen un conjunto de moléculas químicamente hetero-

géneas, con o sin actividad imipramínica, algunas de las cuales habiendo sido bien estudiadas desde el punto de vista farmacocinético y clínico pueden ser objeto de seguimiento terapéutico. El cuadro I agrupa los principales antidepresivos utilizados actualmente.

Absorción

Luego de administración oral los antidepresivos son rápidamente absorbidos a nivel de la mucosa digestiva con aparición de un pico plasmático entre 1 y 4 horas después. El medicamento sufre, a nivel del hígado, el efecto de un primer pasaje que puede ser muy importante para algunos de entre ellos (imipramina, clomipramina) o casi inexistente para otros (tianeptina, citalopram).

Distribución

Todos los antidepresivos se ligan fuertemente a las proteínas plasmáticas (75 a 97%) con una afinidad variable según la molécula. Al ser muchos de los antidepresivos moléculas básicas se fijan, no solamente sobre la albúmina, sino también sobre la alfa-1 glicoproteína ácida y sobre las lipoproteínas.

Sin embargo, hay que precisar que, exceptuando ciertas situaciones patológicas mayores, no existen variaciones individuales importantes de ese parámetro (1). El volumen de distribución es del orden de 10 a 20 litros/kilogramo (2), lo cual indica una fuerte fijación tisular.

Como son moléculas lipofílicas los antidepresivos franquean la

*Artículo aparecido en L'information Psychiatrique. Vol 66.4.1990.

*B. Balza: Farmacéutico hospitalario C.H.G. 11.000 Carcassonne

**C. Fabre y C. Derrieux: Farmacéuticos hospitalarios C.H.S.G. Marchant, 134, Route d'Espagne. 31507 Toulouse Cedex.

CUADRO 1. Características generales de la farmacocinética de los antidepresivos

PRIMEROS ANTIDEPRESIVOS		NUEVOS ANTIDEPRESIVOS	
DCI	Nombre comercial	DCI	Nombre comercial
Amitriptilina	Laroxyl, Elavil, Tryptanol*, Uxen Retard*	Viloxacina	Vivalan
Nortriptilina	Motival, Ateben*	Amineptino	Survector, Survector*
Imipramina	Karile*	Quinupramina	Kinupril
Desipramina	Tofranil, Tofranil*	Mianserina	Athymil, Lerivon*
Clomipramina	Elepsin*	Amoxapina	Moxadil, Défanyl, Demolox*
Protriptylina	Pertofran, Nebрил*, Plafonyl*	Demexiptilina	Deparon
Trimipramina	Anafranil, Anafranil*	Trazodone	Pragmarel, Taxagon*
Opipramol	Concordine	Oxaflozane	Conflictan
Doxepina	Surmontil, Surmontil*	Medifoxamina	Clédial
Tropizepina	Insidon	Metapramina	Timaxel
Maprotilina	Sinequan, Quitaxon	Fluvoxamina	Floxyfral
Dosuléopina	Vagran	Tianeptino	Stablon
	Ludiomil	Citalopran	Cipramil, Séropram
	Prothiaden	Fluoxetina	Prozac, Foxetin*

N. del T. El nombre comercial sin asterisco corresponde a los productos en circulación en Francia y con el asterisco a los de circulación en Argentina

barrera hematoencefálica y pasan al líquido cefalorraquídeo alcanzando así sus sitios de acción en el SNC. En la rata, por ejemplo, se encuentra una concentración cerebral de imipramina treinta veces mayor que en el plasma (3, 4).

Metabolismo

En el hígado los antidepresivos siguen tres vías metabólicas.

- N-desmetilación
- N-oxidación
- Hidroxilación y conjugación con ácido glucurónico.

Las aminas terciarias se transforman principalmente en aminas secundarias; por ejemplo, la imipramina pasa a desipramina, la amitriptilina a nortriptilina. A su vez las aminas secundarias dan preferentemente derivados hidroxilados y secundariamente aminas primarias. Los derivados desmetilados así formados tienen actividad antidepresiva conocida mientras que los derivados hidroxilados no conjugados son activos *in vitro* pero no se ha demostrado que lo sean también en la clínica (3, 1, 5).

El proceso de N-oxidación concierne solamente a las aminas terciarias y es reversible.

Eliminación

La mayor parte de los antidepresivos son eliminados por vía urinaria, luego de conjugación de sus derivados hidroxilados con ácido glucurónico. Una excepción a esta regla la constituye la quinupramina que se excreta sin transformación por la bilis.

La vida-media de los antidepresivos tricíclicos es larga (más de 20 horas) mientras que los nuevos antidepresivos tienen una vida media más corta (menos de 20 horas).

Factores que influyen sobre la cinética de los antidepresivos

Las diferencias individuales observadas en las concentraciones plasmáticas de los antidepresivos tricíclicos para una misma dosis

dada parecen deberse esencialmente a particularidades, genéticamente determinadas, responsables del metabolismo oxidativo de esos medicamentos.

Las diferentes ligadas al sexo no son relevantes pero, en cambio, otros factores pueden intervenir en la determinación de variaciones de las concentraciones plasmáticas de los antidepresivos. Los principales son: la edad, ciertos estados patológicos y determinadas causas externas.

Factores Genéticos

Numerosos estudios de farmacogenética de poblaciones llevados a cabo en gemelos mono y dicigotas a través de varias generaciones, así como en grupos de etnias diferentes han permitido ais-

CUADRO 2. Diferencias inter-étnicas en la frecuencia del fenotipo oxidador deficiente.

Suecos	9 %
Españoles	5,4%
Norteamericanos (Blancos)	7 %
Daneses	7,3%
Holandeses	7,6%
Suizos	7,8%
Ingleses (Blancos)	8,9%

lar dos tipos de individuos de acuerdo a su capacidad de hidroxilación. Los buenos hidroxiladores y los hidroxiladores deficientes. Estos últimos representan el 9% de la población en Europa y EEUU (6).

Mientras que en la raza caucásica la mayoría de la población está constituida por hidroxiladores rápidos ocurre lo contrario con las poblaciones asiáticas como lo han demostrado respectivamente Kishimoto (7) y Rudorfer (8) que han estudiado la cinética de la nortriptilina, en un grupo de japoneses y americanos el primero, y la de la desipramina en uno de caucásicos y chinos el segundo.

La caracterización de esos dos fenotipos fue posible gracias al test de la debrisoquina que consiste en establecer el cociente metabólico de debrisoquina/4 hidroxil debrisoquina en la orina, recolectada en un período de 8 horas luego de la administración de 10 mgrs. de debrisoquina *per os*. Baumann (a) define como hidroxiladores deficientes, en una población suiza, a los sujetos con un cociente metabólico superior a 12,6. La validación de una buena correlación entre el índice a la debrisoquina y la capacidad de los individuos de hidroxilar a las aminas secundarias como la nortriptilina y la desipramina permite este test para despistar los sujetos a riesgo. En efecto, como vimos más arriba la hidroxilación constituye una vía metabólica obligatoria en la eliminación de antidepresivos tricíclicos. Toda deficiencia en ese mecanismo se traducirá en concentraciones plasmáticas elevadas y manifestaciones clínicas de sobredosis. Por el contrario, exceptuando los sujetos no fumadores, el proceso de desmetilación concerniente más particularmente a las aminas terciarias no puede ser correctamente apreciado por el test de la debrisoquina(10). Bertilsson y colaboradores(11) sugieren que esta vía estaría bajo la dependencia de dos isoenzimas de la familia de los citocromos P-450, una dependiente de factores exteriores (tabaco), mientras que la otra tendría un modo de regulación análogo al de la debrisoquina hidro-

xilasa. Todas estas particularidades puestas en evidencia en el grupo de los antidepresivos tricíclicos no han sido aún demostradas para la nueva generación de antidepresivos, pero es razonable pensar que estos hallazgos farmacogenéticos son válidos para aquellos productos que sigan las mismas vías metabólicas.

Edad

Se desprende de diferentes estudios que la edad es un factor de variabilidad que conduce frecuentemente a concentraciones sanguíneas más elevadas del producto aparentado y/o de metabolitos hidroxilados. Sheldon H. y col.(12) encuentran, en pacientes de más de 60 años, concentraciones plasmáticas de amitriptilina del doble de las de sujetos de menos de 40 años. Kragh-Sorensen(14) hacen la misma observación con la nortriptilina. Young y col.(13), estudiando el metabolismo de la nortriptilina en personas ancianas, informan de concentraciones de hidroxil-nortriptilina dos veces más altas que en personas jóvenes.

Podría admitirse que estas observaciones son el resultado de:

— una disminución global del metabolismo hepático(12, 15).

— una mayor lentitud en la eliminación renal de metabolitos hidroxilados(16).

En consecuencia, como lo subraya Balan-Gorgia(15), como son necesarias cinco vidas medias en ancianos para alcanzar el estado estacionario, no deberá olvidarse en ellos de dejar pasar un periodo dos veces más largo que en los adultos jóvenes antes de medir las concentraciones plasmáticas que permitan el monitoreo terapéutico.

Condiciones patológicas

A parte de las insuficiencias renales y hepáticas debemos mencionar aquí los estados inflamatorios agudos con aumento importante de alfa 1-glicoproteína ácida como es el caso de los estados gripales, las gastroenteritis y las neoplasias(14, 17). Al aumentar la alfa 1 glicoproteína las moléculas de antidepresivo se ligan más a ella y por consiguiente disminuye la cantidad de moléculas libres capaces de difundir hacia el tejido cerebral.

Factores externos

Alcohol: tanto en los casos de ingesta aguda como en el alcoholismo crónico se observa una disminución del efecto de primer pasaje hepático desembocando en concentraciones plasmáticas de antidepresivos más elevadas(12). Sandoz M. y col.(18) constatan en un grupo de pacientes deprimidos y alcohólicos tratados con amitriptilina una disminución en los procesos de desmetilación y una preponderancia de las vías oxidativas. Por fin, en el caso de cirrosis hepática con shunt porto-cava se observan a la vez concentraciones plasmáticas y niveles tisulares elevados del medicamento lo cual expone a estos pacientes a mayor riesgo de efectos secundarios.

Tabaco: el tabaco ejerce un efecto inductor enzimático(21) debido a la inhalación de hidrocarburos policíclicos contenidos en el humo. Para Viale(5) este efecto se manifiesta a partir de un consumo de 10 a 15 cigarrillos por día. Perel y col.(19, 20) observan en los sujetos fumadores crónicos concentraciones plasmáticas de imipramina disminuidas.

Medicamentos: la asociación de ciertas categorías de medicamentos con los antidepresivos se traduce por variaciones en más o en menos de sus concentraciones plasmáticas, según se trate de productos inhibidores o inductores enzimáticos. Estas diferentes interacciones se presentan resumidas en el cuadro 3.

Adaptación de la posología

La importancia de las diferencias individuales en las concentraciones plasmáticas de antidepresivos luego de la administración oral de dosis idénticas indica la necesidad de personalizar la posología. A tal fin la utilización de la medición de las concentraciones plasmáticas, alcanzando el equilibrio, sólo podrá hacerse con aquellos productos para los que se ha definido previamente una zona terapéutica óptima.

Correlación nivel plasmático/efecto clínico para cada producto

Luego de minuciosos estudios consagrados a ese problema, di-

CUADRO 3

Efecto sobre	Moléculas	Mecanismo	Referencias bibliográficas
Aumento	cimetidina	Inhibición enzimática hepática	22
	fenotiacinas		12-23
	haloperidol		5-24
	cloramfenicol		—
	metilfenidato		5-21
	hidrocortisona valproato		— —
Disminución	barbitúricos	Inducción enzimática hepática	5 - 21
	cloral		12
	glutetimida		—
	nitrazepam		—
	anti-epilépticos		—
Sin efecto	benzodiazepinas (excepto nitrazepam)	—	5 - 21

versos autores han podido poner en evidencia la existencia o ausencia en cada producto de una relación que puede adoptar una forma lineal o curvilínea. Además, en función de cada antidepresivo habrá que relacionar el efecto clínico con la cantidad de metabolito circulante o a la suma producto más derivado metabólico o a la relación entre ambos. Por ejemplo, en el caso de la imipramina se ha descrito una relación lineal, es decir, que el efecto terapéutico aumenta proporcionalmente con la concentración plasmática.

Para la nortriptilina, en cambio, se ha encontrado una relación curvilínea. En su caso, el efecto terapéutico aparece a partir de una cierta concentración y desaparece por arriba de un cierto umbral. Esto permite definir una zona de eficacia terapéutica. Esta zona óptima corresponde a una noción estadística definida para una población de individuos. En consecuencia, el conocimiento de esa zona puede permitir la obtención de un beneficio terapéutico para la mayoría de los pacientes. Pero no se debe olvidar que algunos sujetos solo se equilibrarán con valores plasmáticos situados fuera de la zona óptima.

Todos estos datos se han agrupado en el cuadro 4

Indicaciones del monitoreo(44, 46, 48)

Si bien las concentraciones plasmáticas de antidepresivos es-

tán sujetas a variaciones individuales importantes nosotros pensamos que el monitoreo debe reservarse solo para ciertos casos, a saber:

Sujetos con riesgo:

— pacientes de más de 60 años de edad.

— pacientes que presentan una patología asociada: insuficiencia hepática, insuficiencia renal, patología inflamatoria, cáncer...

— pacientes con hábitos particulares: tabaquismo, alcoholismo.

— en caso de asociaciones medicamentosas.

Aparición de efectos secundarios no habituales en pacientes medicados con dosis estándar.

En caso de fracaso terapéutico la verificación del nivel de concentración plasmática proveerá un elemento de información sobre:

— la observancia del paciente respecto de su tratamiento.

— las capacidades metabólicas del sujeto y por ende la adaptación posológica a realizar según se encuentren concentraciones demasiado altas o demasiado bajas con respecto a los valores admitidos como terapéuticos.

— el carácter de respondedor o no del sujeto que motivará un cambio de molécula en caso de mejoría clínica insuficiente a pesar de tener correctas concentraciones plasmáticas.

En tratamientos prolongados

— verificación de la estabilidad de concentraciones séricas responsables de la normalización del humor.

— en caso de recaída, una actitud lógica consiste en adaptar la posología apuntando al nivel plasmático observado durante el beneficio terapéutico inicial.

Predicción de posología por utilización de una dosis-test (52, 53, 62)

A fin de ser más eficaces, en particular en el caso de sujetos con riesgo, se puede utilizar una dosis-test para determinar lo más rápidamente posible la posología que permitirá obtener concentraciones plasmáticas eficaces una vez alcanzado el estado de equilibrio. Prácticamente se procede haciendo varios dosajes sanguíneos repartidos a lo largo de los dos primeros días después de la administración de una dosis única de medicamento. Esto permite determinar los parámetros farmacocinéticos de base del paciente. Luego con estos datos y ayudándose con los datos de valores terapéuticos establecidos para los diferentes productos es fácil calcular la posología cotidiana a administrar a cada sujeto.

Los problemas ligados a esta metodología terapéutica son de dos órdenes:

— la multiplicidad de extracciones sanguíneas (5 a 6 en 48 hs.)

CUADRO 4. Relación nivel plasmático en el estado de equilibrio y respuesta clínica

Antidepresivo	Producto a dosificar	Nivel plasmático terapéutico (ng/ml de plasma)	Relación	Referencias
Amitriptilina (AMI)	AMI + NT NT/AMI	100-300	Curvilineal Buena correlación si la relación es >0,5	1 5
Nortriptilina (NT)	NT	50-150	Curvilineal	1-44-2
Imipramina (IMI)	IMI + DMI	> 200	Lineal	1-45
Desipramina (DMI)	DMI	> 125	Lineal	1-2
Clomipramina (CLO)	CLO CLO + DMCL CLO/DMCL	250-550 200-400	No hay relación Curvilineal R= 0.6 Mejoría Si R>0,3 escape	27 46 47-49 48
Butriptilina (BUT)	BUT		No hay relación	5-27
Protriptilina (PRO)	PRO	70-250	Curvilineal	27-5
Maprotilina (MAP)	MAP	150-300	Curvilineal	27
Doxepina (DOX)	DOX + D - DOX	> 100		27-5
Mianserina (MIA)	MIA	15-70	Curvilineal	27-5
Citalopran (CIT)		22,4-104? 4,8-16?	No establecida	51
Amoxapina (AMO)	AMO+80H - AMO	200-400	Curvilineal?	56-57

DMCL= Desmetilclomipramina, D-DOX= Desmetildoxepina

— en el plano ético, la casi ausencia de cobertura terapéutica durante este período.

Como contrapartida, este método puede permitir alcanzar, desde el cuarto día, un nivel de concentración plasmática eficaz y en consecuencia otorgar un beneficio terapéutico precoz.

Lo que hay que recordar

Características generales

— Absorción: rápida, a través del intestino.

— Pico plasmático: entre 1h y 4h.

— Biodisponibilidad: muy variable, F varía entre 13 y 100%.

— Distribución: ligada a proteínas de transporte; fuerte a muy fuerte según los productos (75 a 97%).

— Volumen de distribución importante. Atraviesan la barrera hematoencefálica y se concentran en el líquido céfalo-raquídeo.

— Metabolismo: esencialmente

hepático. Dan frecuentemente metabolitos activos (derivados desmetilados).

— Eliminación: urinaria luego de conjugación de los derivados hidroxilados.

Factores influyentes

— Genéticos: concernientes sobre todo a los fenómenos de hidroxilación. Definición de hidroxiladores deficientes (9% de la población caucásica) y de hidroxiladores rápidos.

CUADRO 5. Principales parámetros farmacocinéticos de los antidepresivos

Producto	Bio-disponibilidad	Tmax	Volumen de distribución	Vida media	Fijación a proteínas	Depuración plasmática	Referencias
Amitriptylina	60%	4 h		9-46 h	96%		5-25-26-39
Nortriptylina	40%	10 h	24,1 l/kg	17-56 h	92%	8 á 55 l/h	27-28-29
Imipramina	29 á 77%	4-8 h	41 l/kg	6-28 h	90%	1 l/mn	30-31-35-58-59
Désipramina	60 á 90%	4-8 h	41 l/kg	2-54 h	70-90%	1 l/mn	27-35-58-59
Clomipramina	50%	1,5-4 h	11,9+2,1 l/kg	15-62 h	97,6%	0,73 l/mn	33-34-60
Déméthyl-clomipramina		4-8 h		> 35 h			27-36
Protriptylina	75 á 90%	6-12 h	22,5 l/kg	53,6 á 91,7 h	fuerte		37
Doxépine	13 á 45%	4 h	20,2 l/kg	8,2 á 24,5 h			38
Maprotilina	60%	9-16 h	22,6 l/kg	27-58 h	88%	0,49 l/kg/h	43
Dosulépina		2-5 h	20-92 l/kg	14-40 h		1,36 l/kg/h	43
Viloxazina	77%	1-4 h	0,55 l/kg	2-5 h	85-90%	163,8 ml/mn	42
Amineptino		0,36-1,4 h	2,5 l/kg	24 h	90%	125 l/h	43
Miansérina	30%	2-3 h	15,7-27,5 l/kg	17 h	90%	35-87 l/h	43
Quinupramina	75%	3 h	34,2 l/kg	30-35 h	65%	- 0,6 l/h/kg	40
Amoxapina		1-2 h		8 h		Urinaire=69%	43
Démexiptilina		4-8 h	6-10 l/kg	23-42 h	75%	200 ml/mn	43
Trazodone		0,5-2 h		6,4 h	90%	Urinaire = 70% Fécale = 30%	43
Fluvoxamina	45%	4-8 h	> 5 l/kg	15 h	77%		43
Tianeptina	100%	1 h	- 0,77 l/kg	2,5 h	94%	240 ml/mn	41
Citalopram	95%	3 h	141/kg	35 h	55-80%	0,41 l/mn	50
Trimipramina	41%	2-3 h	31 l/kg	10-13 h	95%	16 ml/mn/kg	54
Fluoxetina		4-6 h	20-45 l/kg	48-72 h	94%	20 l/h	61
Norfluoxetina				7-9 jours		9 l/h	61

— Edad: aumento de los valores sanguíneos con la edad.

— Situaciones patológicas:

* insuficiencia hepática e insuficiencia renal aumentan la tasa sanguínea de antidepresivo.

* estado inflamatorio agudo: disminuye la difusión del medicamento hacia los tejidos.

— Factores exteriores

* Alcohol: globalmente aumenta las concentraciones plasmáticas.

* Tabaco: disminuye las concentraciones plasmáticas de antidepresivos.

— Medicamentos: los antidepresi-

vos son frecuentemente sensibles a los efectos inductores o inhibidores de otros medicamentos.

Adaptación de la posología

— Correlaciones: entre nivel plasmático y efectos clínicos demostradas para numerosos productos.

Definición de zonas terapéuticas.

— Gran variación individual de niveles sanguíneos luego de la administración de posologías iguales.

Indicaciones:

* sujetos con riesgo,

* efectos secundarios,

* fracaso terapéutico,

* tratamiento prolongado y recaídas,

Dosis-test: predicción de la posología óptima

Cuestiones prácticas

— Prácticamente necesidad de una monoterapia antidepresiva,

— Mediciones en suero o plasma (tubos heparinizados).

— No utilizar tubos separadores de suero (55).

— Gran importancia de la hoja de pedido de exámen.

— Tratamiento total y completo

— Horas de administración y de extracciones sanguíneas. Estado clínico del paciente ■

Bibliografía

1. Lydiard B., "Tricyclic resistant depression: treatment resistance or inadequate treatment?", *J. Clin. Psychiatry*, 46, 1985, pág. 412-417.
2. Zaritán E., Loo h., *Les antidépresseurs*, Edition Roche, 1982.
3. Baumann, P., "Thérapie médicamenteuse de la dépression: apport et limite des dosages plasmatiques", *Actualités psychiatriques*, 6A, 1984, pág. 18-32.
4. Devane C. L., Simpkins, J. W., Stout S. A., "Cerebral and blood pharmacokinetics of imipramine and its active metabolites in the pregnant rat", *Psychopharmacology*, 84, 1984, pág. 225-230.
5. Viala, A., "Antidépresseurs: taux plasmatiques valeurs et limites, conséquences sur le schéma thérapeutique", *Actualités Psychiatriques*, 6A, 1984, pág. 80-89.
6. Leemann, T., "Conséquences cliniques et pharmaceutiques du polymorphisme génétique de l'oxydation", *Journal suisse de pharmacie*, 23, 1986, pág. 1299-1302.
7. Kishimoto, A., Höllister, L. E., "Nortriptyline kinetics in Japanese and Americans", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 4, 1984, pág. 171-172.
8. Rudofe, M. W., Lane, E. A., Chang, W. H., "Cross cultural desipramine pharmacokinetic", *Clin. Pharmacol. ther.*, 33, 1983, pág. 243.
9. Baumann, P., "Pharmacogénétique du métabolisme des antidépresseurs — L'apport du test à la débrisoquine", *L'encéphale*, 12, 1986, pág. 143-148.
10. Sjöqvist, F., Bertilsson, L., "Slow hydroxylation of tricyclic antidepressants — Relationship to polymorphic drug oxidation — Ethnic differences in reactions to drugs and xenobiotics", 1986, pág. 169-188.
11. Sjöqvist, F., Bertilsson, L., "Clinical pharmacology of antidepressant drugs: Pharmacogenetics", *Adv. Biochem. psychopharmacol.*, 39, 1984, pág. 359-371.
12. Preskorn, S. H., "Tricyclic antidepressant plasma level monitoring: an improvement over the dose — response approach", *J. clin. psychiatry*, 47, 1986, pág. 24-30.
13. Young R. C., Alexopoulos, G. S., Schamoian, Ch. A., Manley, M. W., Dhar, A. K., Kutt, H., "Plasma 10-hydroxynortriptyline in elderly depressed patients", *Clin. Pharmacol. Ther.*, 35, 1984, pág. 540-544.
14. Kragh-Sorensen P., Larsen, N. E., "Factors influencing nortriptyline steady-state kinetics: plasma et saliva levels", *Clin. Pharmacol. ther.*, 28, 1980, pág. 796-803.
15. Balant-Gorgi, A. E., Balant, L., Garrone, G., "Les états dépressifs de la personne âgée et leur traitement", *Schweiz. med. wscr.*, 116, 1986, pág. 314-322.
16. Kitanaka, I., Roos, R. J., Cutler, N. R., "Altered hydroxydesipramine concentrations in elderly depressed patients", *Clin. pharmacol. ther.*, 31, 1982, pág. 51-55.
17. Schulz, P., Luttrell, S., "Increased plasma protein binding of imipramine in cancer patients", *Clin. Psychopharmacol.*, 2, 1982, pág. 417-420.
18. Sandoz, M., Vandel, S., Vandel, B., "Biotransformation of amitriptyline in alcoholic depressive patients", *Eur. J. clin. pharmacol.*, 24, 1983, pág. 615-621.
19. Perel, J. M., Shostak, M., Gann, E., "Pharmacodynamics of imipramine and clinical outcome in depressed patients", in: *Pharmacokinetics of psycho-active drugs: Blood levels and clinical responses*, New York, Gottschalk L. Merlis S., Edes., Spectrum Publications Inc., 1976, pág. 229-241.
20. Perel J. M., Stiller, R. L., Glassman, A. H., "Studies on plasma level/effect relationships in imipramine therapy", *Com. psychopharmacol.*, 2, 1978, pág. 429-439.
21. Devane, L., "Monitoring cyclic antidepressants", *Clinics in laboratory medicine*, 7, 1987, pág. 551-566.
22. Amsterdam, J. D., Brunswick, D. J., Potter, L., Kaplan, M. J., "Cimetidine induced alterations in desipramine plasma concentrations", *Psychopharmacology*, 83, 1984, pág. 373-375.
23. Balant-Gorgia, A. E., Garrone, G., "Le monitoring thérapeutique en psychiatrie", *Méd. et Hyg.*, 41, 1983, pág. 902-906.
24. Jatlow, P., "Therapeutic monitoring of psychotherapeutic drugs: role of the clinical laboratory", *Clinical Biochemistry*, 18, 1985, pág. 143-148.
25. Jorgensen, A., Hanson, V., "Pharmacokinetics of amitriptyline infused intravenously in man", *Eur. clin. pharmacol.*, 10, 1976, pág. 337-341.
26. Ziegler, V. E., Clayton, P. J., Biggs, J. T., "A comparison study of amitriptyline and nortriptyline with plasma levels", *Arch. gen. psychiatr.*, 34, 1977, pág. 607-612.
27. Boyer, P., Tsamis, M., Mahuzier, P., "Pharmacocinétique et concentrations plasmatiques des antidépresseurs polycycliques", *L'encéphale*, 6, 1980, pág. 333-347.
28. Alexanderson, B., "Pharmacokinetics of desmethylimipramine and nortriptyline in man after single and multiple oral doses — A cross over study", *Eur. J. clin. pharmacol.*, 5, 1972, pág. 1-10.
29. Gram, L. F., Overo, K. F., "First-pass metabolism of nortriptyline in man", *Clin. Pharmacol. ther.*, 18, 1975, pág. 305-314.
30. Gram, L. F., Overo, K. F., Christiansen, J., "Comparison of single dose kinetics of imipramine, nortriptyline and antipyrine in man", *Psychopharmacol.*, 50, 1, 1976, pág. 21-27.
31. Suftin, T. A., Devane C. L., Jusko, W. J., "The analysis and disposition of imipramine and its active metabolites in man", *Psychopharmacology*, 82, 1984, pág. 310-317.
32. Morselli, P. L., "Antidepressant drugs", in: *Drug disposition during development*, New York, Edit. Spectrum pub., 1977, pág. 439-449.
33. Dawling S., Braithwaite, R. A., Auley, M. C., "Single oral dose pharmacokinetics of clomipramine in depressed patients", *Postgrad. Med. J.*, 56, 1, 1980, pág. 115-116.
34. Nagy, A., Johansson, R., "The demethylation of imipramine and clomipramine as apparent from their plasma kinetics", *Psychopharmacol.*, 54, 1977, pág. 125-131.
35. Songlas, E., "Fixation protéique des médicaments", Edition Roche, 1986.
36. Jones, R. B., Luscombe, D. K., "Single dose studies with clomipramine in normal subjects", *Postgrad. Med. J.*, 52, 3, 1976, pág. 62-67.
37. Ziegler, V. E., Biggs, J. T., Wyle, L. T., Coryell, W. H., Hanifl, K. M., Hawf, D. J., Rosen, S. H., "Protriptyline kinetics", *Clin. Pharmacol. ther.*, 23, 5, 1978, pág. 580-584.
38. Ziegler, V. E., Biggs, J. T., Wyle, L. T., Rosen, S.H., Hawf, D. J., Coryell W. H., "Doxepin kinetics", *Clin. Pharmacol. ther.*, 23, 5, 1978, pág. 573-579.
39. Borga, O., Azanoff, D. L., Plym Forsehelli, G., Sjöqvist, F., "Plasma protein binding of tricyclic antidepressants in man", *Biochem. Pharmacol.*, 18, 1969, pág. 2135-2143.
40. Bouquet, S., Lefebvre, M. A., Girault, J., Fourtillan, J. B., "Etude pharmacocinétique de la quinupramine en cross-over chez six sujets", *L'encéphale*, 8, 4, 1982, pág. 449-463.
41. Hopkins, R., Ward, C., Salavadori-Failler, C., "Etude de la pharmacocinétique de la tianeptine après administration unique chez le sujet sain par voie intraveineuse, par voie orale, et par voie orale sous alcoolisation aiguë", *Rapport d'expertise*.
42. Case, D., Reeves, P. R., "The disposition and metabolism of ICI 58 834 (viloxazine) in humans", *Xenobiotica*, 5, 1975, pág. 113.
43. Waintraub L., "Caractéristiques cinétiques des antidépresseurs les plus récents (1975-1985)", *Psychiatrie et psychobiologie*, 1, 4, 1986, pág. 318-323.
44. Bonin, B., Vandel, S., Vandel, B., Sandoz, M., Joanne, C., Allers, G., Volmat, R., "Intérêts de l'étude des concentrations plasmatiques des antidépresseurs — Bilan de dix ans de pratique, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Luxembourg, Juillet 1984, pág. 504-204.
45. Glassman, A. H., Perel, J. M., Shostak, M., "Clinical implications of imipramine plasma levels for depressive illness", *Arch. gen. psychiatry*, 34, 1977, pág. 197-204.
46. Balant-Gorgia, A. E., Balant, L., Eisele, R., Garrone, G., "Les apports du monitoring thérapeutique à la psychiatrie clinique", *Médecine et Hygiène*, 43, 1985, pág. 1369-1381.
47. Pascalis G., Wargny, E., Lamiable, D., Havet, J.M., "Clomipramine et desmethylclomipramine, corrélations taux plasmatiques/efficacité chez vingt-quatre déprimés", *L'encéphale*, 13, 1987, pág. 239-244.
48. Malauzat, D., Leger, J.-M., Tharaud, M., Herrmann, C., Clément, J.-P., Pareud, F., Lombertie, E., "Intérêts et limites des dosages plasmatiques dans la prescription courante des antidépresseurs", *Annales médico-psychologiques*, 142, 8, 1984, pág. 1110-1117.
49. Wargny, A., Lamiable, D., Havet, J.-M., Denis, J., Millart, H., Choisy, H., Pascalis, G., "Concentrations plasmatiques de clomipramine et de déclomipramine chez des patients atteints de dépression: recherche de corrélations avec l'efficacité thérapeutique", *Annales médico-psychologiques*, 142, 4, 1986, pág. 396-406.

50. Kragh-Soerensen P. et coll., "The kinetics of citalopram: single and multiple dose studies in man", *Acta pharmacol. et toxicol.*, 48, 1981, pág. 53-60.
51. Bjerkenstedt, L. et coll., "Relationship between clinical effects, serum drug concentration and serotonin uptake inhibition in depressed patients treated with citalopram. A double-blind comparison of three dose levels", *Eur. J. clin. pharmacol.*, 28, 1985, pág. 553-557.
52. Dawling, S., Crome, P., Braithwaite R. A., Lewis, R. R., "Nortriptyline therapy in elderly patients: dosage prediction after single dose pharmacokinetic study", *Eur. J. Clin. pharmacol.*, 18, 1980, p. 147-150.
53. Cooper, T. B., Bark, N., Simpson, G. M., "Prediction of steady state plasma and saliva levels using a single dose, single time point procedure", *Psychopharmacology*, 74, 1981, pág. 115-121.
54. Abernethy, D. R., Greenblatt D. J., Shader, R. I., "Trimipramine kinetics and absolute bioavailability, use of gas-liquid chromatography with nitrogen-phosphorus detection", *Clin. Pharmacol. ther.*, 35, 1984, pág. 348-353.
55. Orsulak, P. J., Sink, M., Weed, J., "Blood Collection tubes for tricyclic antidepressant drugs: a reevaluation", *Therapeutic drug monitoring*, 6, 1984, pág. 444-448.
56. Jue S. G., Dawson, G. W., Brogden, R. N., "Amoxapine: a review of its pharmacology and efficacy in depressed states", *Drugs*, 24, 1982, pág. 1-23.
57. Bonin, B., Vandell, S., Prost, M., Le-compte, D., Bogaievsky, Y., Volmat, R., "Pharmacologie clinique de l'amoxapine", *Thérapie*, 38, 1983, pág. 53-60.
58. Abernethy D. R., Greenblatt, D. J., Shader, R. I., "Imipramine and desipramine disposition in the elderly", *J. Pharmacol. Experim. Ther.*, 232, 1985, pág. 183-188.
59. Brosen, K., Gram, L. F., "First-pass metabolism of imipramine and desipramine: impact of the sparteine oxidation phenotype", *Clin. Pharmacol. ther.*, 43, 1988, pág. 400-406.
60. Evans, L. E. J., Bett, J. H. N., Cox, J. R., Dubois, J. P., Hees, T. van., "The bioavailability of oral and parenteral chlorimipramine (Anafranil)", *Prog. neuro-psychopharmacol.*, 4, 1980, pág. 293-301.
61. Bergstrom, R. F., Lemberger, L., Farid, N. A., Wolen, R. L., "Pharmacologie clinique et pharmacocinétique de la fluoxétine: revue de la littérature", *British journal of psychiatry*, 153, 3, 1988, pág. 51-55.
62. Dawling S., Ford, S., Rangedara, D. C., Lewis, R. R., "Amitriptyline dosage prediction in elderly patients from plasma concentration at 24 hours after a single 100 mg dose", *Clin. Pharmacokin.*, 9, 1984, pág. 261-266.

ENGLISH FOR
COMMUNICATION

A M E R I C A N

FORUM

CARLOS PELLEGRINI
331 8º PISO "D"
ESQ DIAG NORTE
TELEFONO 35 2691
1009 BUENOS AIRES

Hay
diversas
opciones
en cuanto al
aprendizaje
de idiomas.

De todas ellas, American Forum le ofrece
la más simple, realista, honesta.
Aprenda inglés hablando y comunicándose
en un ambiente agradable en nuestro
Instituto o en su lugar de trabajo.

INGLES NORTEAMERICANO
PARA ADULTOS
CONVERSACION / AUDIO / VIDEO
CURSOS REGULARES
PARA TODOS LOS NIVELES
TOEFL / MICHIGAN / TRAVELERS
BUSINESS ENGLISH
PLANES ESPECIALES PARA EMPRESAS

Acreditando su suscripción a VERTEX, Ud.
se beneficiará con un 15% de descuento



CEFYP
Centro de Familias
y Parejas

Director General:
Dr. Adolfo Loketek

Directora de Docencia:
Lic. María Rosa Glasserman

**FORMACION EN TEORIA
Y CLINICA SISTEMICA**

**PERSPECTIVA CIBERNETICA
E HISTORICA**

Modelo Docente: Tutoría Clínica

Apertura del curso regular
1991/92

Informes:
801-3485/804-6394 de 10 a 17 hs.



AIDA CARBALLO
Quieta meditación
circa 1966

L

a elección del encierro

La práctica clínica en el Hospital Psiquiátrico nos ha enfrentado a menudo con la oposición del paciente a internarse o a recibir tratamiento. Lo vinculamos con el desvío de juicio y la falta de conciencia de enfermedad producidos por el trastorno.

Por ello, no deja de ser una sorpresa encontrarse actualmente con pacientes internados que se oponen a dejar el Hospital. Más aun, que hacen explícito su deseo de quedarse indefinidamente en él. Y ya no como producto de su alteración patológica, sino como resultado de una decisión radicalmente subjetiva. La sorpresa de este hecho se redobla entre nosotros ya que las condiciones de la vida diaria en nuestro Hospital, medidas en términos de alimentación, higiene, seguridad y ocupación del tiempo libre, son malas.

Como fenómeno en sí, el que haya pacientes que rehusan dejar el Hospital Psiquiátrico, no es nuevo. Lo que lo hace relevante actualmente es el valor de escollo que adquiere frente a los criterios compartidos de desinstitucionalización. Nuestras tendencias asistenciales nos llevan a promover internaciones tan breves como sea posible y que el tratamiento y la rehabilitación sean llevados a cabo dentro de la Comunidad. Estas tendencias, que resultan una superación de la psiquiatría asilar productora de las llamadas vesanías hospitalarias,



convertidas en Ideal fracasan —como cualquier otro Ideal— en organizar y dominar el conjunto de fenómenos que pretenden abarcar(1). Los "homeless", los psicóticos prematuramente crónicos, las rotaciones de los hospitales a las cárceles, el hallazgo de que en ocasiones la vida en la familia es fuente de recidivas antes que de mejores oportunidades para la evolución(2, 3) son testimonios de ese fracaso. También lo es la oposición a dejar el Hospital(1, 4, 5, 6,).

¿Cuales son las características que presentan estos pacientes?

Podemos notar tres comunes que en nuestra experiencia son independientes del diagnóstico y del tiempo de evolución:

1) Carencia o marcado rechazo familiar a recibirlos en caso de externación.

2) Incapacidad de llevar una vida independiente y autónoma que les permita atender los propios requerimientos de manutención y sobrevivencia.

3) El miedo consciente por parte del paciente de que la salida del Hospital, además de la pérdida de protección, lo expondrá nuevamente al resurgimiento de la productividad psicótica y a la desorganización comportamental. Concomitante a ello, se presenta el deseo de no volver a experimentar esos fenómenos. En el presente trabajo trataremos de transmitir por un lado una situación clínica observada en nuestra Sala de Internación, las operaciones comunitarias que pusimos en marcha

DOSIER

Aníbal E. Goldchluk*
Rosana Casella**

para atenderla y los resultados obtenidos; por otro lado, la situación clínica observada en el curso del tratamiento individual de un paciente internado. Ambas situaciones clínicas están vinculadas con el tema del trabajo.

Situación clínica en la sala

Uno de los recursos de nuestro dispositivo asistencial es el Ateneo, Reunión Semanal de todo el Equipo Terapéutico. Tiene la función central de analizar la Clínica de la Sala. Llamamos así a los problemas detectados en el sistema de nuestra comunidad asistencial que estén produciendo malestar en él al perturbar el logro de los objetivos que dicha comunidad asistencial vive. El análisis de estas situaciones "sintomatizadas" a través del trabajo en común de todo el Equipo Terapéutico da lugar a decisiones organizativas y/u operaciones a realizar. De esto resulta que el dispositivo asistencial como Organización tiene una parte rígida que no cambia y otra parte plástica que se crea para dar respuesta clínica a los síntomas advertidos.

En abril de 1989 detectamos como situación "sintomatizada" lo que descriptivamente podía caracterizarse por los siguientes datos:

1) 15 de los 32 pacientes internados presentaban largas estadías y no presentaban posibilidades planificables de externación.

2) Dichos pacientes no presentaban en ese momento estados clínicos que obligaran a mantener la internación, en el sentido de exitación, peligrosidad o productividad psicótica actual que los incapacitara para dirigir sus actos cotidianos.

La imposibilidad de externarlos parecía pasar por la falta de un lu-

*Jefe de Servicio de Terapia a Corto Plazo N° 4. Analista Miembro de SABA (Sociedad Analítica de Buenos Aires).

** Coordinadora del Area Comunitaria del Servicio de Terapia a Corto Plazo N° 4. Hospital Nacional "José T. Borda". Barracas 375. Buenos Aires.

gar alternativo al Hospital. No había oferta familiar al respecto y en nuestro país no hay aun recursos del tipo de casas de medio camino.

3) La vida diaria en la Sala estaba caracterizada por muy habituales transgresiones de las normas de convivencia: episodios casi diarios de violencia e intimidación, tráfico de alcohol y drogas, hurto y comercialización de lo robado, frecuentes alcoholizaciones individuales o compartidas dentro del Servicio. Estas transgresiones se verificaban fuera de los horarios de concurrencia del Equipo Terapéutico, en turnos en los que el personal de enfermería era escaso para enfrentarlos.

4) Los pacientes recién internados se fugaban, se sometían o se incorporaban a esta particular trama relacional.

5) Paradójicamente, cada miembro del Equipo Terapéutico presentaba una suerte de hiperbulia improductiva: se ponía mucho esfuerzo en atender el aspecto individual de cada internado, se corría detrás de las situaciones de emergencia, se estaba abrumado por conflictos entre los propios miembros del Equipo Terapéutico y se lograba un pobre resultado de toda esta agotadora actividad.

En resumen, nos encontrábamos en la Sala con un clima terapéutico pervertido pero, pese a ello, los presuntos beneficiarios no querían irse de allí y, al contrario, obtenían sus pequeños réditos.

Decidimos, como primer paso, someter a los 14 internados antes mencionados, cuyos diagnósticos figuraban en la Tabla 1, a un cuestionario constituido por las preguntas que figuran en la Tabla 2.

Las respuestas obtenidas fueron agrupadas según su argumento central, y su exposición cuantitativa figura en las Tablas 3, 4 y 5.

Los resultados expuestos en esas Tablas pueden dar lugar a variadas interpretaciones. Mencionamos a continuación las que tomamos como prevalentes para decidir la intervención que realizamos en nuestra Comunidad Asistencial luego de la encuesta.

a) El Hospital es visualizado como un lugar necesario pero connotado negativamente. Se estaba allí porque no había alternativa.

Tabla 1. Diagnósticos de los pacientes de larga Estadía

Esquizofrenia	7
Esquizofrenia y Adicción a Drogas y/o Alcohol	4
Alcoholismo Crónico	2
Debilidad Mental	1
Sin Diagnóstico Psiquiátrico	1
Total	15

Tabla 2. Cuestionario a que fueron sometidos los pacientes

Pregunta Nº 1: ¿Por qué considera Ud. que no se va del Hospital?
 Pregunta Nº 2: ¿En qué considera Ud. que el Hospital lo ayuda?
 Pregunta Nº 3: ¿Qué relaciones familiares mantiene actualmente?

Tabla 3. Respuesta de la muestra de pacientes a la pregunta ¿Por qué considera Ud. que no se va del Hospital?

	n	%
Carencia de vivienda	6	40
Asegurar el cuidado personal	3	20
La familia no se hace cargo	3	20
Espera la adjudicación de una pensión para salir	2	13
No da respuesta	1	7

Tabla 4. Respuesta de la muestra de pacientes a la pregunta ¿En qué considera Ud. que el Hospital lo ayuda?

	n	%
En nada	5	33
En tener un lugar	3	20
En asistir la enfermedad	3	20
En dar refugio y tranquilidad personal	2	13
El Hospital es perjudicial	1	7
No da respuesta	1	7

Tabla 5. Respuesta de la muestra de pacientes a la pregunta ¿Qué relaciones familiares mantiene actualmente?

	n	%
Tiene familiares directos, padres o hermanos	14	93
No tiene	1	7
Recibe visitas	8	53
No recibe visitas	7	47

La atención propiamente de la enfermedad, es decir la Tarea del Equipo Terapéutico era débilmente reconocida. Sólo el 20% contestó que el Hospital ayuda a asistir la enfermedad.

La solución que se desprendería de lo antedicho sería la promoción de lugares de alojamiento alternativo dentro de la Comunidad. Si bien ellos constituyen una muy positiva superación del sobredimensionamiento del Hospital Psiquiátrico, sus resultados medidos en término de evolución difieren y producen discusión(7).

b) Había una escasa participación activa y una muy pobre asunción de responsabilidades en relación al trastorno padecido y a la vida diaria por parte de los pacientes y de sus familiares. Notar que aunque prácticamente todos tenían familiares directos, sólo la mitad recibía visitas, las que a su vez eran esporádicas.

El compromiso con la asistencia del trastorno se limitaba al momento de la entrevista individual y a la pasiva recepción de medicamentos.

c) Había una falla en la conducción del dispositivo asistencial, caracterizada por poner el acento en acciones de escaso rendimiento inmediato. El sobreesfuerzo y la abnegación —encarnados por algunos miembros del Equipo en forma individual— tenían un pobre resultado a nivel de las condiciones de la vida cotidiana en la Comunidad Asistencial y, por el contrario, se constituían en fuente de malestar e irritación entre miembros del Equipo.

Decidimos convocar, entonces, unas Jornadas de Organización Comunitaria con participación de todos los miembros de la Comunidad Asistencial (pacientes, familiares, enfermeros, terapeutas), la que deliberaría sobre la situación de la Sala y tendría como objetivo promulgar una normativa interna que reglara el comportamiento dentro de la Comunidad Asistencial.

Desde un tiempo antes se llevó a cabo la publicidad del evento, ta-



rea que estuvo a cargo fundamentalmente de los propios pacientes.

Finalmente, en setiembre de 1989 se llevaron a cabo las Jornadas, durante tres días sucesivos y con la participación activa de prácticamente todos los convocados.

De hecho, ese espacio deliberativo y constituyente se convirtió en un lugar de denuncia abierta y estremecedora de las perversiones experimentadas en la vida de relación en el Hospital. Nos han quedado las Actas de esas reuniones.

Tiempo después se reunió la Comisión encargada de la redacción de la Normativa, la cual estuvo constituida por 6 pacientes, 6 terapeutas, personal de enfermería, el Subjefe y el Jefe del Servicio.

Durante ese lapso tuvimos oportunidad de observar todo tipo de situaciones sorprendentes. Para muestra baste relatar que uno de los pacientes elegidos para redactar la Normativa era un alcohólico crónico que incurria en frecuentes alcoholizaciones, traficaba, e intercambiaba bienes hurtados a otros internados por alcohol. Sin embar-

go, en su papel de legislador fue uno de los que más enfáticamente propuso que se debía expulsar de la Sala a quien cometiera tales transgresiones. Castigo que poco tiempo después recayó sobre él: se le desterró de la Sala. Su pasión como hacedor de leyes no se detuvo ante sus privilegios personales.

Cambios notables se produjeron en la cultura de la Comunidad Asistencial luego de las Jornadas. Por su complejidad e interés deberán ser objeto de un trabajo ulterior. Nos interesa aquí, solamente, consignar el estado actual de los pacientes incluidos en la muestra.

Han transcurrido 20 meses desde la Encuesta y 15 meses desde las Jornadas. Vale destacar que las modificaciones encontradas se verificaron en este último plazo, ya que entre uno y otro evento no se produjo cambio alguno en la muestra. Los datos de la evolución, entonces, se exponen en la Tabla 6

También de las cifras y de las aclaraciones aportadas en la Tabla 6, pueden hacerse distintos tipos de interpretaciones. Como probables

efectos de las operaciones realizadas sobre la Comunidad Asistencial, nos interesa destacar lo siguiente:

1) A partir de la realización de las Jornadas de Organización Comunitaria fueron excluidos o se pudo externar a aquellos pacientes que presentaban comportamientos transgresivos habituales y deliberados. La recurrencia de esos patrones de comportamiento en otros pacientes internados con posterioridad, pudieron ser manejados en forma más rápida y efectiva, como si la cultura hubiera adquirido un reflejo frente a ellos.

2) De los pacientes que continuaron todo el tiempo internados (sin variaciones evolutivas y refractarios a los recursos terapéuticos empleados), la mayoría presentó formas crónicas de Esquizofrenia con predominio de síntomas negativos y de graves trastornos formales del pensamiento.

3) De 1 y 2 se desprende que dentro de los pacientes que eligen

el encierro del Hospital Psiquiátrico hay algunos —incluidos en el punto 1— que lo hacen como parte de una decisión subjetiva en la cual confluyen distintos factores: desde el aprovechamiento psicopático hasta determinaciones histórico-vivenciales, tal como se tratará de mostrar en el próximo apartado de este trabajo. Hay otros —incluidos en el punto 2— para quienes quedarse en el Hospital es una consecuencia directa de la incapacidad que les crea el trastorno padecido.

Situación Clínica de una Cura Individual

Es el caso del Sr. E.B. de 39 años(8), uno de los pacientes que figura en la muestra de este trabajo. Diagnosticado como Esquizofrenia con etapas de Alcoholismo y episodios de comportamiento antisocial (robo, agresiones), que lo llevaron a la cárcel en dos oportunidades. Es uno de los pacientes que está externado actualmente gracias

a la oferta de hogar y ocupación brindada por una hermana.

Puesto bajo escucha analítica desde su internación, puede restablecerse la siguiente secuencia clínica:

Apenas internado E. B. se dedica a desempotrar los cables de la instalación eléctrica de la Sala, dejándolos al descubierto. Interrogado sobre su peligroso acto, contesta fríamente que lo hace para proteger a todos del riesgo de electrocutarse con las paredes.

Con el tiempo, el propósito de salvar vidas se transforma en la voluntad de ayudar a otros pacientes más desvalidos, rol en el que es convalidado por el Equipo Terapéutico.

Esta convalidación tiene dos efectos, en lo inmediato indeseables. Por un lado un delirio de identidad: dirá que está en el Hospital para estudiar Cardiología; luego se rectificará y dirá que está para estudiar Psiquiatría.

Por otro lado, su deseo de ayudar adquiere un carácter sometedor y despótico. E. B. obliga a otros pacientes a ponerse bajo sus órdenes usando amenazas y sádicas intimidaciones.

La relación con el analista gira alrededor de una cuestión que se erige como la contracara de aquel propósito de salvar vidas. E. B. le avisa reiteradamente de su muerte inminente a raíz de un ataque al corazón. Cuestiona al analista por ser indiferente, descreído o permanecer pasivo frente a ello; cuando al día siguiente —dice E. B.— el analista llegue al Hospital y lo encuentre muerto será responsable de ello por su desidia.

En este marco, suceden una serie de hechos que definen el curso evolutivo posterior del paciente.

Una noche es amenazado de muerte por otro internado, un exboxeador alcohólico crónico. E. B., hasta allí un hombre imperturbable y orgulloso, se esconde debajo de la cama, presa de pánico, para eludir la sentencia.

Al día siguiente vuelve a acusar al analista de no protegerlo de esa muerte inminente. Y allí agrega que él ya no quiere luchar más; pide ser enviado a otro pabellón donde estar tranquilo y quedarse en el Hospital ya definitivamente. Es en este punto preciso, enton-

Tabla 6. Estado actual de la muestra de 15 pacientes originalmente encuestados.

	n	%
A) Continuaron todo el tiempo internados	6	40
B) Pudieron ser externados pero debieron reinternarse	2	13
C) Están externados	4	27
D) Fueron trasladados a otro sitio de internación	3	20

Aclaraciones

A) Se trata de 5 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y uno con diagnóstico de Debilidad Mental. Actualmente sólo uno de los pacientes esquizofrénicos presenta probabilidades de externación condicionadas a que se le otorgue una pensión.

B) Uno de los pacientes no fue readmitido en nuestro Servicio por haber incurrido en frecuentes alcoholizaciones y tráfico de alcohol. El otro, con diagnóstico de Esquizofrenia fue readmitido.

C) De este grupo, 3 pacientes padecían de Esquizofrenia más abuso de drogas y/o alcohol, y 1 padecía de Esquizofrenia.

Las situaciones que posibilitaron la externación fueron las siguientes:

- Al enterarse que serían derivados a otros lugares de internación —considerados por ellos como "peores"— 2 pacientes decidieron solicitar su externación lo que les fue aceptado.

- Los otros dos pudieron ser externados al obtenerse —como producto de un trabajo asistencial que enfatizó esa dimensión— que sus familiares les ofrecieran un lugar y una ocupación.

D) 1 paciente que era ciego fue trasladado a un Instituto de no Videntes; 1 paciente fue trasladado a un Pabellón Especializado por encontrárselo portador del virus del SIDA; 1 paciente fue trasladado como consecuencia de la Normativa sancionándose por consumo y tráfico de alcohol.

ces, cuando este sujeto declara elegir el encierro.

En este punto, el analista interviene ofreciéndole todas las garantías y comprometiéndose personalmente para salvaguardarle la vida. Pocos días después, E. B. llega al Hospital en una crisis de inédita angustia. Exige hablar y cuenta que viene de la casa de su madre, quien le acaba de confesar que tenía preparado un plan para matarlo: pensaba ella llevarle la comida envenenada al Hospital, y, una vez muerto él, ella se envenenaría a su vez.

Ya en una entrevista que tuvo lugar al comienzo de la internación de E. B., la madre había declarado que ella nunca había querido tener hijos —pese a lo cual tuvo seis— y que precisamente E. B. siempre había sido para ella un dolor de cabeza que nunca había sabido cómo resolver.

Alrededor de ocho meses después de esto, E. B., en un momento de descontrol, profiere una amenaza de muerte contra un médico del Equipo Terapéutico. Perturbado por la sensación de una muerte inminente, el médico anticipa que no volverá a entrar en la Sala si no se traslada al paciente. Su posición gana rápidas adhesiones dentro del Equipo y E. B., con la debida intervención judicial, es enviado a una unidad penitenciaria ubicada en el predio del Hospital.

El analista continúa las sesiones con E. B. aun en esas circunstancias. Tiempo después y superadas las razones para mantener su reclusión, es preciso resolver su regreso a la Sala.

Se consulta a la Comunidad Asistencial la que en forma prácticamente unánime decide no readmitirlo. Este procedimiento y esta decisión le es informado al paciente. También se le comunica al Juez interviniente personalmente y por escrito, en un procedimiento inhabitual. Se busca que el Juez participe con su rol en la intervención terapéutica. Se espera que la decisión tomada por la Comunidad Asistencial tenga un efecto beneficioso sobre la evolución de E. B.

En ese momento interviene la hermana —con quien veníamos teniendo entrevistas— ofreciendo un lugar en su casa para E. B. Ella se apiada de él y dice que le duele verlo allí.

De esta secuencia clínica nos interesa subrayar la articulación hallada en este caso entre elegir el encierro y el deseo de muerte, forma extrema que adquiere aquí el deseo del Otro.

Entendemos que el funcionamiento global del dispositivo asistencial que hizo posible su develamiento, ha colaborado para que E. B. continúe desde hace más de un año externado. Por supuesto no sin dificultades ni acechanzas de descompensación.

Conclusiones

Hemos considerado la elección del encierro como una cuestión clínica que se presenta actualmente en la práctica de las Instituciones Psiquiátricas. Hemos procurado mostrar los resultados obtenidos a través de operaciones comunitarias y operaciones individuales en su tratamiento.

En lo comunitario creemos haber demostrado que el efecto principalmente logrado recae sobre el sesgo psicopático de la elección del encierro, cuyo refloreamiento es solidario de la pasividad o la desorientación del Equipo Terapéutico.

Respecto del Equipo Terapéutico tomamos el compromiso de comunicar en el futuro los cambios producidos en su constitución y organización luego de la realización de las Jornadas de Organización Comunitaria.

En lo individual, hemos intentado mostrar cómo la elección del encierro se constituye en una forma sintomática que encarna las determinaciones de la constitución subjetiva de alguien. Lo cual afirma la posibilidad de acceso a su tratamiento.

Ahora bien, todas estas intervenciones se llevaron a cabo en el interior de un Hospital Psiquiátrico obsoleto y en pésimas condiciones. Sin negar esto último, fue nuestra elección tomar como modelo aquellos proyectos posibles que no hicieron de esas condiciones excusa para la inacción(9).

Esta afirmación recicla, para nosotros, la vigencia actual del Hospital Psiquiátrico como recur-



so. Abolidos los efectos deshumanizantes de la Psiquiatría Asilar; experimentados los efectos problemáticos de la Desinstitucionalización, criterios vinculados a la llamada Postinstitucionalización podrían darle al Hospital Psiquiátrico un nuevo valor(6).

Tal es nuestra posición actual ■

Bibliografía

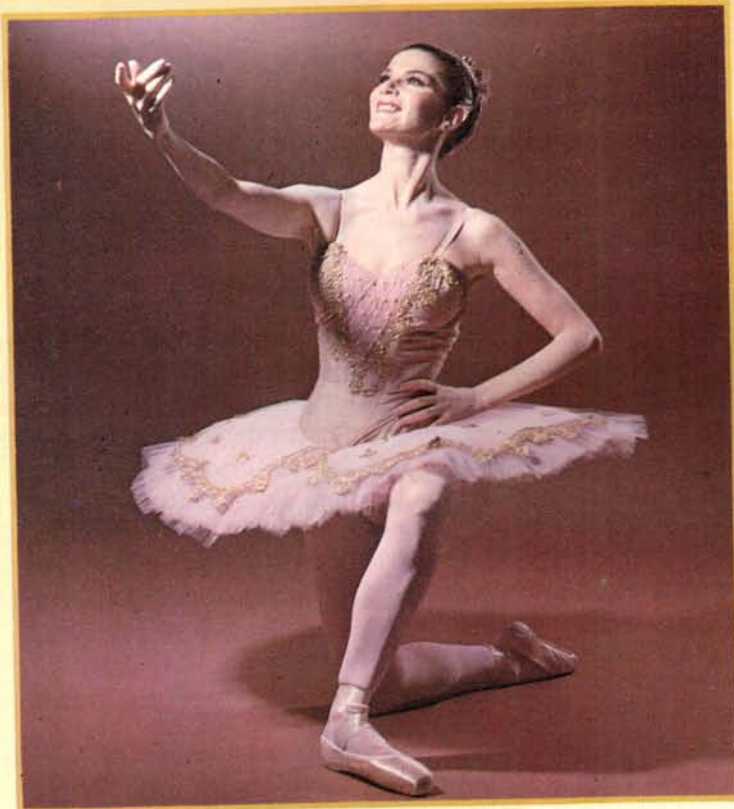
1. Richard Lamb H., *Deinstitutionalization at the Crossroads*. Hosp. Community Psychiatry, 39: 941-945, 1988.
2. Brown, G. W., Birley J. L. T. & Wing J. K., Influence of family life on the course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 121: 241-258, 1972.
3. Vaughn, C. & Leff J. P., The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 15: 157-165, 1976.
4. Dorwart, R., A Ten-Year Follow-up Study of the Effects of Deinstitutionalization. *Hosp. Community Psychiatry*, 39: 287-291, 1988.
5. Crepet, P., The Italian mental health reform nine years on. *Acta Psychiatrica, Scand*, 77: 515-523, 1988.
6. Minkoff, K., Beyond Deinstitutionalization: A New Ideology for the Postinstitutionalization. *Hosp. Community Psychiatry*, 38: 945-950, 1987.
7. Farkas, M., Rogers, E. S. y Thurer S., Rehabilitation Outcome of Long-Term Hospital Patients Left Behind by Deinstitutionalization. *Hosp. Community Psychiatry*, 38: 864-870.
8. Guañabens, P. y Dellacasa, C., Transferencia y Estabilización en el Tratamiento de un Paciente Psicótico. Presentado en las Jornadas Anuales del Hospital Borda, 1988.
9. Stingo, N., Gatti, C., Zazzi, M. y Avigo, L., Servicio de Emergencia I, Un proyecto posible. *Vertex*, Vol 1, Nº 2, 1990.



NEUPAX

Fluoxetina Bagó

El antidepresivo más seguro



Eficacia comparable a los antidepresivos convencionales, pero con **MEJOR TOLERANCIA**.

No agrega molestias somáticas al paciente.

Carece de efectos cardiotóxicos aun en pacientes geriátricos.

NEUPAX
Fluoxetina Bagó

Contribuye a recuperar la autoestima y el impulso vital.

Presentación:
Envase conteniendo
30 comprimidos recubiertos.



Pie para «El niño de Vallecas»,
de Velázquez

Bacía, yelmo, halo.
Este es el orden, Sancho.

De aquí no se va nadie.

Mientras esta cabeza rota
del niño de Vallecas exista,
de aquí no se va nadie. Nadie.
Ni el místico, ni el suicida.

Antes hay que deshacer este entuerto,
antes hay que resolver este enigma.
Y hay que resolverlo entre todos,
y hay que resolverlo sin cobardías,
sin huir
con unas alas de percalina
o haciendo un agujero
en la tarima.
De aquí no se va nadie. Nadie.
Ni el místico, ni el suicida.

Y es inútil,
inútil toda huída
(ni por abajo
ni por arriba).
Se vuelve siempre. Siempre.
Hasta que un día (¡un buen día!)
el yelmo de Mambrino
– halo ya, no yelmo ni bacía –
se acomode a las sienas de Sancho
y a las tuyas y a las mías
como pintiparado,
como hecho a la medida.
Entonces nos iremos todos
por las bambalinas:
tú y yo y Sancho y el niño de Vallecas
y el místico y el suicida.

León Felipe
(De «Versos y oraciones
de caminante»)

Proyecto de externación de la colonia psiquiátrica de Oliveros, Pcia. de Santa Fe

Presentación coordinada por
José Aldo Mossotti*

Lo político como eje de la transformación

Si la política es la elaboración de estrategias que modifican la realidad proponiendo una real distribución del poder entre los actores sociales, mediante una concreción que permita un proceso de búsqueda y constitución de situaciones nuevas, en un marco de coexistencia y antagonismos, en Salud Mental son sus prácticas las que determinan su concepción ideológica-política. Si es ésta Area campo de prácticas sociales, en la cual se presentan distintos conceptos, ideologías, contradicciones, hegemonías y alternativas es también el espacio que devela con mayor nitidez el carácter político de toda acción en salud, entendida como proceso histórico-social que determina la forma de relación del sujeto con el mundo.

Hemos entendido entonces que la base conceptual de la tarea estaba estrechamente ligada al análisis histórico social de la producción de Salud-Enfermedad y a la determinación de pautas constitutivas de los planes y programas entendidos como transformadores desde una concepción política de la Salud Mental.

Una práctica participativa y protagónica; la reconceptualización de teorías, el giro epistemológico que desconstruya el paradigma positivista problema-solución que partiendo de un objeto ficticio (enfermedad) separa la existencia total del paciente del cuerpo social; la ruptura del vínculo poder-saber, la recurrencia a otras disciplinas no tradicionales que amplíen la percepción total del campo e imprimen una actitud no dependiente de una formación-deformación que actúa como pantalla; la facilitación de procesos que permitan la emergencia de conflictos ocultos o reprimidos por la cultura, acercando la posibilidad de

* Médico Psiquiatra
Médico Legista
Director de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros desde
1984 a 1987 inclusive. Director General de Salud Mental
de la Pcia de Santa Fe desde 1988 a la fecha.

modificar situaciones originadoras de malestar, son algunos de los conceptos tomados para la elaboración de programas integrados y descentralizados, que han hecho hincapié en la relación con los sectores marginados de la población en un principio, que se extendieron a todo el campo de la salud luego, en un intento, quizás utópico, de establecer las diferencias entre lo público y lo privado sólo por la renta y no por las prácticas que en los dos ámbitos se realicen.

Dentro entonces de este contexto en donde proponíamos una *Práctica* de corte alternativo, y cuando nos referimos a la misma estamos hablando de aquellas acciones que intentan la recuperación histórica de la solidaridad, la creación, de la entrega de un pretendido saber técnico, del desmontaje particular de las estructuras de dominio, es decir no solamente la recuperación o promoción de la salud sino por establecerse como agentes de salud en todas las circunstancias, aún en las especificadas como de abordaje particular para la Salud Mental, en donde solicitamos como condición una responsabilidad para ser actores de la realidad, en donde la Organización era una búsqueda cambiante porque se modifican las implementaciones pero no los objetivos, en la cual la Capacitación y Formación de los recursos debía estar relacionada con las necesidades de la gente, las posibilidades del sistema y la ideología en desarrollo, es, decíamos, en este espacio en que aparece la transformación de los Hospitales Psiquiátricos, la Red Asistencial Preventiva, los Programas Comunitarios, la Descentralización de las acciones y la Responsabilidad, la Capacitación Continua, las Leyes de Salud Mental como intento de cristalizar intenciones pero no para abortar el cambio, la Dignificación de los actores primarios del sistema, la Inserción de Salud Mental en la Administración de la Salud en general, la óptica Sanitaria-política, y la propuesta que aún hoy continúa: hacer lo posible para que lo imposible no exista.

Cuando nos referimos a que aparecen planificaciones y programas concretos sobre distintas líneas de abordaje a la problemática de la Salud Mental, no lo hacemos imagi-

nando un momento mágico de iluminación, sino que a través de la propia experiencia de vida, del sentir como humano, de indignarnos ante la injusticia, de no comprender la sinrazón de lo psiquiátrico instituido, el orden jurídico imperante, la administración de la locura, es que se delinea un plan, se pone en ejecución una propuesta, se estratifica una concepción.

Los Hospitales Psiquiátricos constituyen la base fundamental de lo psiquiátrico como esencia de una pretendida validez científica. La medicina mental, a pesar de los intentos variados de abordajes, de la producción teórica abundante, del auxilio de la neurología, la psicofarmacología, la fisiología, las teorías sistémicas de comprensión del mundo, la sociología, el estructuralismo o conceptos devenientes del psicoanálisis, necesita para su existencia "constituir" un paciente y, lo que denota su biologicismo ahistórico médico, aislar al paciente del ser humano, y a éste de su realidad comunitaria y social. Esta necesidad de la psiquiatría de medicalizar la sociedad (acto del cual no está exento la psicología y el psicoanálisis) y que es razón de su existir unida a la necesidad del Estado de la implementación de un Orden jurídico que delimite lo moral produce, al enfrentar la pretendida ciencia con un asilo desmontado en su función básica de carcelero y restaurador de la razón de la locura, la existencia del desconocimiento de la técnica y la teoría aprendida, la sorpresa de una psicopatología que no existe, las palabras que no alcanzan a explicar los hechos, los métodos que ya no contienen.

Es que si la locura se usó para crear asilos, cárceles, manicomios, que atrapaban el desconcierto y lo aprisionaban como matriz del saber psiquiátrico, la libertad, que es terapéutica, produce en la praxis un nuevo saber, ya no aislado, pretendido culto y dependiente, sino convertido en instrumento de vida.

De allí que un Programa de Externación, como el que se desarrolla en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, (Oliveros-Pcia. de Sta. Fe), desde 1984 hasta el presente, une en su concepción los elementos fundacionales de la transformación del Hospital, la crítica al saber y el

orden instituido, la propuesta de una actitud y una práctica diferenciada, la aplicación de sanitarismo como elemento de ayuda en la política en salud, la activa participación comunitaria, el protagonismo de enfermeros en la gestación y prosecución del programa, como actores de relevancia en todo el proceso, la interdisciplinariedad propuesta y alcanzada con la integración de abogados, estudiantes, psicólogos sociales, asistentes sociales, médicos, terapeutas, egrasados de ciencias políticas, contadores, administradores de empresas, licenciados en cooperativismo, psicólogos, psiquiatras, residentes de salud mental, la comunidad intra y extra-hospitalaria en general, quienes en forma discontinua han formado parte de este proyecto, y lograron dinamizarlo cuando decaían los intentos ante la resistencia a lo propuesto, formando parte, aún sin saberlo en su plenitud, de algo que prosigue como muestra de lo que se puede lograr cuando existen conceptos que aúnen y critiquen pero a la vez propongan alternativas.

Los Hospitales Psiquiátricos no deberían existir. Pero existen. Están allí como una muestra más de la necesidad del ser. Han resistido todos los intentos de cierre o desaparición en nuestro país. Son referidos como cloacas del mal o poco menos en los claustros universitarios en donde las teorías más bellas por lo difícil de explicar se canonizan como biblias. El horror y el espanto se reiteran como ciclos espasmódicos en los medios de comunicación. Los profesionales de lo mental, de lo psíquico, cada vez quieren estar más lejos de la marginación y la violencia que su mantención origina. Los pueblos pobres, como el nuestro, son depositados y segregados cuando marcan las diferencias, que no se aceptan. Los homicidas son inimputables. Los Jueces y abogados descargan sus problemas en estas comunidades en donde el desamparo, la escasez de recursos, las humillaciones son corrientes. Si en la Argentina nacen para ocultar a la sociedad el contraste de la inmigración productiva con el desarraigo, la soledad, la culpa, la explotación y el hambre que ello acarrea, hoy siguen siendo las zonas oscuras de una sociedad cada vez más propen-

sa a la ausencia de memoria, a la falta de capacidad colectiva de reacción ante la indignidad.

Lo menos que podemos hacer es tratar de transformarlos, pero hoy. Si no logramos hacerlos desaparecer, si podemos, por que lo demostramos, crear ámbitos de producción de salud, insertos en su comunidad, en donde quienes trabajan y quienes padecen se sientan más dignos, que aquellos que deban asistir lo hagan desde una perspectiva no impuesta como autoritaria y violenta, sino como actores de un proceso en donde alguien sufre y muchos queremos y hacemos para que no, en donde lo administrativo no sea un poder en sí mismo sino puesto al servicio de la creación de las alternativas válidas a la internación, en donde el equipo de salud se despoje de sus ignorancias aprendidas y quizás, encuentre otras que le permitan ser parte y no testigo, en donde las teorías son válidas si quien las recibe puede hallar su camino de libertad, en donde lo psiquiátrico y lo psicológico no sean nada más que meros conceptos en una experiencia más amplia, que traspasa lo fenoménico, lo psíquico, lo instituido y se convierte en promotor de cambio.

La Colonia Psiquiátrica de Oliveros tenía en 1984 1250 (mil doscientos cincuenta) internados. En diciembre de 1990 tiene 620 internados. Si la fría cifra es de por sí un hecho significativo, lo es más si pensamos en la tarea desarrollada, en el escaso número de personal remunerado a cargo, en el bajo índice de reinternaciones, en el prácticamente nulo índice de agresividad denunciado producido por alguien que estuvo internado en esa Colonia, en el nulo índice de suicidios de los externados, en que sólo un 10% de los mismos se reinternó esporádicamente en otras instituciones, en que sólo un 40% de los mismos recibe actualmente algún tipo de asistencia especializada, en que más del 20% eran pacientes bajo orden judicial, en que más del 70% llevaban como mínimo 5 (cinco) años de internación.

Hoy la Colonia Psiquiátrica de Oliveros tiene el mismo número de personal total que 7 años atrás.

Por ende la proporción interno/personal ha aumentado prácticamente al doble. Lo que permite otras tareas, en especial aquellas derivadas de la modificación de la inserción de la mano de obra productiva, lo que obliga a los gobiernos locales a la creación de otras fuentes de trabajo, proceso no culminado y en estudio de factibilidad y concreción.

Hoy esta Institución recibe sólo internaciones por orden judicial (desde 1985). Pero esto no ha modificado el número de internados en los otros Hospitales Psiquiátricos de la Provincia; por el contrario, también han disminuido: el Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de Santa Fé, de 185 camas a 120, en el mismo período, y el Servicio de Psiquiatría de Rosario, de 120 a 60; ambos con procesos internos y realidades diferentes, no han sido utilizados como alternativas sino que la propuesta ha generado una actitud diferente que permitió disminuir el número de camas públicas en Salud Mental en el período 1984-1990 en un 45%, sin afectar el derecho a la salud, al tratamiento y a la atención más conveniente.

Todo esto dentro de un marco de paulatino descenso del nivel de vida de la población, con una pauperización cada vez mayor de amplios sectores, lo que tiente a la depositación del enfermo, que se transforma en una carga económica. Ya las seguridades sociales no son tales, y lo más simple sigue siendo la internación. Estamos convencidos que la misma puede ser necesaria, incluso imprescindible en determinados momentos de la existencia de una persona. Pero también creemos que bajo otras condiciones, en otros lugares, con actores diferentes, con otra oferta. Esta sigue siendo nuestra propuesta para los Hospitales Psiquiátricos.

Para dar una idea más acabada del Proyecto de Externación se reiterarán en forma casi textual las publicaciones anuales aparecidas en la Revista La Plenaria de la Dirección de Salud Mental, que son informes sobre actuaciones, puestas a punto del programa, conceptualizaciones etc.

Quizás allí, extraídas del tiempo, encontremos las motivaciones y las certezas que nos acompañaron en este período.

DE ESTACION TERMINAL A UN PROYECTO DE EXTERNACION

Adriana Altieri

I

Con este escrito quisiera puntualizar algunos acontecimientos de lo que decidimos denominar Proyecto de Externación de la Colonia. Un Asilo que tiene una singular historia de la locura, que nadie puede contar, no hay "archivo" donde hacerlo, pero que, con certeza, fue escrita.

Dicen quienes la habitan hace tiempo "que siempre fue un depósito", que "siempre se quiso externar", "siempre se quiso el bien de todos". Los buenos oficios de una psiquiatría y algunas psicologías se encargaron de multiplicar nosografías y concepciones de salud. Definieron desde la teoría, la utilidad, la productividad y la peligrosidad.

En la Colonia Psiquiátrica de Oliveros residen inútiles, improductivos, y peligrosos, primera y clara definición de la "irracionalidad".

Cada interno posee un diagnóstico y una Historia Clínica; en el decir del interno está "el horror". Esta historia está escrita, pero no escuchada, el sufrimiento psíquico desconocido e ignorado.

La pregunta aparecía inevitablemente y convive con nosotros: ¿Abrimos la puerta del asilo porque no toleramos la locura o deberíamos darle entrada para escucharla y soportar nuestro "oficio"?

La demanda de salida, de libertad, es la constante.

El asilo no es soportable.

En esta tarea se trata de evitar la expulsión, el imperativo, la orden, aquella misma que determinó la entrada.

Se piensa entonces en un proyecto de Externación. El de cada interno.

Abrimos un espacio de escucha. Delimitamos un lugar físico para ello. Un Area en la Colonia donde se entra a pedir la libertad. La demanda se formula siempre diferente, siempre particular.

Creamos un dispositivo. El Comité de Admisión y Egreso, compuesto por médicos, psicólogos y enfermeros. Su función es recibir los pedidos de ingreso, darles curso o derivarlos, como asimismo programar los egresos individualmente.

El funcionamiento es efectivo. Cuando los "locos" cruzan las puertas, son nombrados y reconocidos como "los externados de Oliveros". El loco nos externa cada día del lugar del saber. Decía un interno: "sea paciente, porque soy loco, que es una forma de ser, pero no motivo para estar encerrado".

El encierro no empieza y termina en la Colonia. Cuando se atraviesa la puerta entramos a otra prisión.

El loco, el discurso "diferente", a quien se llama "el externado de Oliveros", no encuentra un lugar donde liberar su palabra. Algunos "Centros de Salud Mental" no los admiten. Atravesaron los muros del Asilo y quedan, la mayoría, encerrados en un afuera, que no quiere locos.

Si fuéramos sordos a esta historia, seríamos cómplices del abandono y el rechazo. Hay quienes tenemos un compromiso de trabajo en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, estamos dispuestos a "internarnos" por este laberinto de preguntas. Sabemos, es un dato de nuestra experiencia, que los internos pueden irse; pero también sabemos que el Asilo es un punto clave del sistema, que lleva al internamiento. Es quizás lo más espectacular. Entrecruzamientos de discursos y de poderes que para "higienizar" la sociedad recurrieron al encierro.

Intentamos crear una historia mínima, que nos permita ser testigos y en consecuencia instaurar el "reconocimiento" de la experiencia de la locura, el tránsito del externado por el mundo que lo expulsó. Sus obstáculos y posibilidades.

He querido puntualizar simplemente aquello, que en este tiempo, guía nuestra investigación y nuestra práctica.

II

HACIA LA COMUNIDAD. UN PROGRAMA POSIBLE

A. Puntuaciones de fundamentos

Nuestra lectura de la historia de la Psiquiatría, nos remite al despliegue del modelo médico y sus respuestas teóricas y prácticas para las vicisitudes de la razón y el hecho patológico.

El hecho patológico se concep-

tualiza en clasificaciones nosográficas. Mirar y describir conductas lejanas de la razón, es decir del orden imaginado por una conciencia social. La lectura es exceso, desorden, diferencias, improductividad.

La terapéutica es el tratamiento moral, la pedagogía del orden. El Manicomio es el lugar apto, ninguno como él para desplegar la estrategia psiquiátrica. El desorden y la improductividad se borran con el encierro y la reclusión de un sujeto que se nomina "loco". No podemos dejar de señalar la alianza estratégica con el dispositivo jurídico, de la psiquiatría, en su origen.

La internación es requerida por el estado. La psiquiatría y sus descripciones dan cierto aspecto de cientificidad a la tarea de excluir y marginar. Un conjunto de prácticas poderosas, que no logró una autonomía propiamente científica.

Lo que se reitera en sus "cuadros" es la supremacía del orden que no marca una concepción diferente de la "ordinaria" de la locura.

Tal el origen de la Psiquiatría. Breve historia. Programa de inercia que no ha conocido cortes significativos.

En nuestra lectura en este asilo, este sistema se muestra, está en acto. En nuestro país, con la formación del Estado Nacional y en los años posteriores a Caseros, la figura del loco se discrimina de aquella nosografía francesa y también la locura es asociada a temas morales, improductividad y rebeldía.

En este marco, se profundizan cátedras y hospicios, y el programa seguirá siendo exclusión y abandono de los asilados.

Algunas psicologías encuentran su lugar también pegadas a los resortes del poder y los fines del estado, aquellas caracterizadas por la ética del utilitarismo y la adaptación al ideal social y moralizante del Estado.

La psiquiatría, como la psicología y el psicoanálisis, como algunas otras ciencias sociales sufren los vaivenes propios de las coyunturas políticas vividas, en nuestro país conformando hoy un campo heterogéneo que oscila desde el modelo médico individualista a la utopía comunitaria tratando desde las diferentes prácticas de ubicar un proyecto que no sea otra

coartada para el ocultamiento de un poder de exclusión y encierro.

Nuestro programa se sostiene en la experiencia y la investigación, en la búsqueda de un modelo teórico y práctico. Esto es lo instituyente de este programa, que lo hace abierto, que no se apresura en una síntesis, que evita caer en el dogmatismo y oscurantismo de aquello mismo que trata de disolver: un discurso de amo sobre la vida y la muerte.

B. La Colonia Psiquiátrica de Oliveros

Quiénes podemos leer en la historia de la medicina mental, el fracaso de sus terapéutas, también escuchamos y sabemos de su poder. La Psiquiatría ha estado y está comprometida en el control de un peligro social muy general, enfermos, delincuentes, pobres.

La lógica que avaló en sus orígenes coloniales, la ley de "locos, vagos y maleantes", fue la estrategia de segregación e internación que conformó en esta colonia una población heterogénea, que desde su fundación en 1943, conoció las vicisitudes de la práctica alienista. Chalecos de fuerza, abcesos de fijación, shock eléctricos y los modernos psicofármacos. Usos y costumbres que no constituyen tratamiento médico, pero producen efectos ordenadores dentro del asilo. Por otra parte la alianza con el poder jurídico está intacta. La medicina legal que está facultada para desconocer el derecho a manejar sus intereses al que carece de funciones intelectuales para ello y evaluar la exclusión de responsabilidad jurídica como principio de toda penalidad.

Es así como la comunidad de internados se compone de los decretados insanos y detenidos, en la jerga asilar "el paciente judicial".

C. La institución como entrecruzamiento de discursos

Otras prácticas y otros discursos transitaron también por el Asilo, prácticas que intentaron abrir un campo de escucha, intentos de trabajo y rehabilitación se denominaron desorden y fueron expulsados.

La dirección y equipo de trabajo que sostiene este programa, entiende que el cuidado de la salud es patrimonio exclusivo de las comuni-

dades y que en este quehacer van implícitas el conjunto de actividades y prácticas sostenidas y soportadas por el conocimiento cultural y científico que de alguna manera fomentan, restituyen y rehabilitan a las personas como miembros activos de grupos humanos, por lo tanto cualquier programa de Salud debe partir de lo que una comunidad formule, poniendo el acento en lo particular de la comunidad y de cada sujeto.

D. Objetivos

Salida a la comunidad, como proyecto particular de cada interno.

Demostración que la garantía para una política adecuada en salud mental está en la descentralización de las prestaciones.

Redistribución adecuada de los recursos humanos físicos y materiales existente.

Creación de una red sanitaria mínima que nos permita ser testigos del tránsito del externado por la comunidad que los expulsó.

1. Período de Aplicación del programa: Enero de 1984 a diciembre de 1986.

2. Lugar donde se realiza: Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

3. Población a la que se aplica: Internados

de la Colonia de Oliveros. Al inicio del programa la población era de 1.300 internos, en la actualidad 830.

4. Recursos humanos que cuenta el programa.

Responsable del mismo: Adriana Altieri. Psicoanalista.

Personal de enfermería con diferentes grados de participación

- Unidad sanitaria móvil.
- Médicos psiquiatras y clínicos.
- Residentes en psiquiatría.
- Dto. de psicología.

Otros agentes:

Párroco de la Institución.

Jefe de la comisaría de la localidad de Oliveros.

5. Recursos físicos

- Area diferenciada por su estructura edilicia y sus funciones del resto de la Colonia (9 pabellones, 2 policlínicos y Administración).

- Area pensada para crear un espacio de locución, de apertura y comunicación. Lugar donde son escuchadas las demandas de salida.

6. Funciones que realizan los agentes de este programa.

— Admisión.



José Luis Tuñón "La sombra", collage

— Egreso.

— Investigación.

— Evaluación.

7. Organización de funciones

La salida del interno de una estructura asilar es una tarea múltiple que realiza el equipo de Salud. Cada equipo está integrado por: Médico de guardia. Psicólogo. Jefe de Sala, enfermero, Médico psiquiatra.

a. Admisión

El equipo de Salud participa en el pedido de internación, analizando la demanda del sujeto y del grupo familiar, en el registro de la particularidad. Tiene autonomía para decidir la entrada a la institución

cuando no es posible la permanencia en la comunidad.

Si se realiza la internación se le comunica al sujeto y el grupo familiar, que la estadía tiene como plazo máximo 30 días, al cabo de este período, se evaluaría la posibilidad de externación.

b. Egreso

1. El equipo analiza y discrimina el pedido de salaridad.

La demanda llega al área II.

La realiza el interno el jefe de Psiquiatría, del pabellón y o el jefe de sala.

2. Trabajo de presalida con el interno y el grupo familiar.

En este punto acentuamos que el proyecto de externación particular de cada interno y su grupo familiar al que presta su escucha el equipo de salud. Dentro del egreso contemplamos los casos donde no hay posibilidades de retorno al grupo familiar. Actualmente se realiza el traslado de varios internos a instituciones de P.A.M.I., beneficiados por esa cobertura social. Para esta tarea se creó un equipo de salud compuesto por enfermeros que realizan trabajo de presalida. Este equipo está facultado para trasladarse a las distintas instituciones y funciones de acompañamiento e integración.

miento e integración.

Evaluación

No podemos contar con el informe estadístico establecido por la institución, ya que no es el apropiado para medir el funcionamiento del programa.

El informe estadístico en preparación toma como principales indicadores el ingreso y el reingreso.

Otra forma de evaluación será sobre la base del modelo participativo: la comunidad proyecta y también evalúa.

También será escuchada la experiencia de la unidad sanitaria

móvil que trabaja con un grupo de externados en la comunidad.

Investigación

Como otra forma de evaluación del programa. Con carácter interdisciplinario, daremos cuenta en un trabajo de investigación a cargo de una antropóloga y del responsable de este programa.

III

EL EQUIPO DE SALUD EN LA COMUNIDAD

Construcción de otra alternativa de salida del interno

Residencia Intermedia

Objetivos

Los generales anteriormente mencionados.

Objetivos específicos

Brindar un sostén institucional, material y humano para un primer tiempo de permanencia en la comunidad.

Período de aplicación

Doce meses.

Lugar

Ciudad de Rosario.

Población al que se aplica

Internos de la C.P. Oliveros que carezcan de otra ayuda que no sea la institucional para su salida, en un primer momento participarían de esta experiencia de 4 a 6 pacientes.

Recursos humanos

Agentes anteriormente mencionados.

Recursos físicos

Una vivienda en calidad de alquiler en la ciudad de Rosario

Recursos materiales

El proyecto se realizará con fondos provenientes de la Colonia P. de Oliveros.

Organización de los recursos

La metodología será netamente participativa.

El trabajo desde un inicio se realizará en grupos, y en conjunto se trabajarán los fundamentos, las

perspectivas y las formas concretas de llevarlo a cabo.

Evaluación

Esta nueva comunidad que surge, proyecta, construye y también evalúa, será por lo tanto tarea de la Dirección de la Colonia, de los recursos humanos de este programa y de los internos participantes en la experiencia.

Responsables del programa: dirección de la colonia P. de Oliveros. Equipo de salud de area II.

Estructura administrativa del programa

Este documento tiene la finalidad de otorgar un marco administrativo al presente programa.

1) NIVEL DE ENFERMERIA

a) Régimen laboral:

a-1) Los enfermeros incluidos en la Unidad Sanitaria Móvil que funciona en la ciudad de Rosario siguen dependiendo en todos sus términos de la estructura que compete a la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

a-2) Por ende, su régimen laboral que incluye derechos y obligaciones, se mantiene, tal como acontece con el conjunto de los trabajadores de la Institución. Continúa pues, el régimen de horarios, justificaciones y franquicias, vacaciones, etc.

a-3) El pago de sus haberes se seguirá efectuando en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

a-4) Esta inclusión interdisciplinaria sigue manteniendo en la vertiente de Enfermería, la coordinación y supervisión de la Jefa de Enfermería.

a-5) Es obligación de los integrantes de la Unidad Sanitaria elevar informes escritos que contemplan la actividad semanal, para ser evaluados en esta Institución, los días viernes de cada semana, de 14 a 16 horas.

2) NIVEL DE PSICOLOGIA

a) Régimen laboral:

a-1) Los psicólogos integrantes de la Unidad Sanitaria, que funciona en la ciudad de Rosario, son contratados por la Institución por un régimen de 12 horas semanales, a cumplir en la ciudad de Rosario

a-2) Al igual que Enfermería, estos profesionales dependen en todos sus términos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

3) ESTRUCTURA ECONOMICA

a) La estructura económica tiene por finalidad el sostenimiento de las actividades fijadas en el presente Progra-

ma. El mismo tiene un presupuesto de A 2.000,00 (Austales dos mil) mensuales, con un parámetro de indexación que tenga como referencia el incremento del costo de la vida.

b) La Institución presupuesta el Programa, comprometiéndose a entregar del 1º al 15 de cada mes, la suma fijada a través del Consejo Técnico de Laborterapia hacia la Asociación Cooperadora, y desde ésta al representante local, que ha sido elegido democráticamente por los integrantes de la Unidad Sanitaria.

c) Este sistema presupuestado deberá estar munido de las actas administrativas y contables que deben efectuarse, debiendo a su vez la Unidad Sanitaria elevar un registro donde incluya el destino de los fondos otorgados, pudiendo en cualquier momento dar cuenta, a la conducción del programa, o a cualquier nivel ministerial, cuando así se solicite, de la información requerida.

d) Este presupuesto incluye todas las actividades que conlleve el programa, no pudiendo en ningún caso, incrementarse los recursos, salvo rectificaciones que deberán avalarse por escrito, en nuevas disposiciones administrativas.

4) ESTRUCTURA DE CONDUCCION

La Colonia de Oliveros a través de sus representantes formales, asume la responsabilidad de la conducción del Programa, quedando bajo la supervisión de la Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe.*

PRESENTACION DE LOS POSTULANTES A LA CONCURRENCIA DE POSTGRADO

El fenómeno jurídico que nos ocupa es la existencia de internaciones judiciales que se realizan en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

Así es que en la búsqueda de nuevos espacios teóricos y prácticos encontramos en la institución mencionada un lugar sumamente valioso para desarrollar nuestra experiencia. La misma consiste en la reconsideración de una categoría jurídica particular: el interno judicial. Categoría compleja a la que se soslaya en su tratamiento jurídico y que comparte características del imputado (encierro), y del enfermo (medida o tratamiento de seguridad).

¿Porqué queremos concurrir a la C. P. de Oliveros? Porque el Hospital nos brinda la posibilidad de

* Los apartados I, II y III fueron motivo de sendas comunicaciones en la revista "La Plenaria" de la Dirección de Salud Mental de la Pcia. de Santa Fe. (Año I, Nros. 1 y 2 y Año III Nro. 4.)

una formación teórica ausente en la Universidad y la práctica dirigida a recomponer las relaciones entre el interno y el poder judicial, las cuales se hallan obstaculizadas, gran parte de las causas están paralizadas, nos encontramos con escasez de recursos humanos, etc.

Estas razones tornan imprescindible nuestra intervención y es privativa de nuestra especificidad profesional, porque acercar, dinamizar y destrabar ambas circunstancias —la jurídica y la hospitalaria— requiere de respuestas que sólo en el orden jurídico pueden instituirse. Así intentaremos desarrollar nuestra práctica jurídica y elaborar respuestas y soluciones frente a las ausencias normativas que la legislación ofrece.

Nuestra labor estará dirigida a la articulación de los recursos humanos y materiales de tal manera que nos comprometamos comunitariamente en la difícil tarea de transformar el Hospital Público.

PROGRAMA

Tareas que realizan los concurrentes

a) Trabajo interdisciplinario en equipos de salud en Area II.

b) Seguimiento y resolución de las causas civiles y penales de los "internos judiciales".

c) Investigación sobre las prácticas teóricas instituyentes de este programa.

d) Coordinación y Participación en las Jornadas interdisciplinarias a nivel provincial.

Período de aplicación del programa

De Abril a Noviembre de 1989.

Población a la que se aplica

Abogados. Entre quince y veinte plazas.

Lugar donde se realiza

Colonia Psiquiátrica de Oliveros, "Dr. A. I. Freyre".

Recursos humanos

Director General de Salud Mental

Director de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros

Comité de Docencia e Investigación de la Institución

Jefa del Programa de Externación
Instructor Abogado.

PROGRAMA DE CONCURRENCIA DE POSTGRADO DE ABOGADOS A LA COLONIA PSIQUIATRICA DE OLIVEROS "DR. ABELARDO IRIGOYEN FREYRE"

Presentación

Señores:

Comité de Docencia e Investigación

Colonia Psiquiátrica de Oliveros "Dr. Abelardo I. Freyre"

s/d

Por la presente, me dirijo a Uds. a fin de solicitar la aprobación del Programa de concurrencias de Posgrado de Abogados a la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

Breve puntuación de fundamentos:

Las estructuras asilares, han albergado desde siempre a personas en una muy particular situación: son los "Pacientes a la orden de un juez".

El programa de Externación de esta Colonia, los incluyó en su Planificación. En esta experiencia, encontramos una internación sostenida desde una práctica jurídica y una practica médica. El art. 34 del Código Penal Argentino inscribe la figura de la "inimputabilidad".

Art. 34 CP: "No son punibles: inc. 1º: El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el Tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con la audiencia el Ministerio Público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás."

De esta manera, la entrada y salida de estas personas dependen de un magistrado judicial y un perito médico.

Comenzó entonces la tarea del encuentro personal con jueces y magistrados en general, siendo los profesionales de esta Institución los portavoces del seguimiento psíquico de estos internos. Pero la complejidad del sistema jurídico actual excede las posibilidades técnicas de los profesionales médicos y psicólogos. Así mismo, respecto al incumplimiento de los deberes de asistencia familiar, figura jurídica pero también situación reflejada en el abandono de los internos y cuya violación y penalización contempla nuestro código Civil.

Por ello, instituir la interdisciplina con abogados, jueces, magistrados, se fundamenta científicamente y se da por añadidura y necesidad cuando se trata del retorno a la comunidad de las personas de cuya internación se ocupa nuestra legislación y este programa.

La Colonia Psiquiátrica de Oliveros propone estas concurrencias que son idénticas, pero que instituyen la formación del abogado desde una práctica alternativa a la tradicional, donde el "loco del asilo" es un expediente olvidado.

El Hospital abre las puertas a estos concurrentes para ofrecer un contacto directo con la locura y el conocimiento de la complejidad de esta vía de internamiento, donde es imprescindible la singularidad del conocimiento técnico y jurídico que exceden las posibilidades del recurso humano tradicional en estas Instituciones.

Este Programa es abierto, siempre revisable, tanto en su marco teórico como en su práctica, porque una auténtica formación debe dar respuestas al "caso" concreto pero también siempre inaugurar nuevas preguntas.

Si otro particular y a la espera de vuestra respuesta, saluda atentamente,

Jefe de Programa de Externación

Adriana C.P. Altieri

Psicóloga Mat. 1171.

* Presentación realizada a la D.G.S.M. en 1989.

Funciones que realizan los agentes de este programa

Planificación, Organización y Supervisión de las tareas anteriormente descriptas.

Admisión de concurrentes

A cargo de los responsables del Programa

Funciones específicas del instructor

En contacto directo con los concurrentes se encargará del cumplimiento de los objetivos del programa.

Director del Programa

Dirección General de Salud Mental

Responsable del Programa

Director de la C. P. de Oliveros
Comité de Docencia e Investigación
Jefa del programa de Externación.

Evaluación

Criterios:

Asistencia: la misma se evaluará sobre la base de una jornada de

trabajo semanal en la colonia, dos jornadas de trabajo en los Tribunales Provinciales, un espacio teórico.

Producción particular: iniciativa, grados de participación, trabajos escritos (mínimo, una presentación escrita final).

Agentes que realizan la evaluación

Director de Programa, Responsables de Programa, Jefa del Programa de Externación, Instructor-Coordinador de la concurrencia.

Certificación

Se otorgarán certificados de aprobación de la concurrencia con la pertinente evaluación.

Recursos físicos

Colonia Psiquiátrica de Oliveros Area II

Centro de Investigaciones en Derechos Humanos, Facultad de Derecho, UNR.

Recursos materiales

Viáticos de los concurrentes

Nota:

En la elaboración de este Programa se ha tenido en cuenta el Reglamento de Creación de los Comités de Docencia e Investigación de la Provincia de Santa Fe, y el Programa: "De estación terminal a un Proyecto de Externación", Hacia la Comunidad, un Programa posible (La Plenaria, Nº 2, año 1986).

IV

CONCLUSION PRELIMINAR*

Cumplo en informar al Sr. Director general de Salud Mental la evolución del Proyecto de Externación de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros durante el año 1990.

Creemos de importancia resaltar los siguientes hechos:

a) La designación de nuevos Directores y Subdirectores de la Institución no ha modificado la aceptación general que del Proyecto tiene la Colonia, encontrando una plena disponibilidad en lo hecho y en lo planeado.

b) La disminución del Recurso Humano profesional (psiquiatras y psicólogos) por distintos motivos (traslados, enfermedades, partos, ausencias, etc.) dificultó la realización de seguimientos y acciones específicas terapéuticas, así como de una mayor incidencia del

área psiquiátrica en las decisiones.

c) Es dable destacar que las dificultades económicas del sector salud en general han limitado los abordajes comunitarios, la tarea de los concurrentes y el egreso, aún parcial, de muchos pacientes sin ninguna cobertura en este ítem.

d) Cierta pesimismo sobre la marcha del programa en los recursos humanos destacados, dadas las presunciones de un retroceso ideológico, no han sido confirmadas en la tarea específica, ni en los resultados obtenidos.

e) La concurrencia de postgrado de Abogados (ya en su segundo año) se puede considerar inédita, no por la presencia misma sino por la tarea que desarrollan, la presencia de los mismos y la escucha que realizan, conduce a establecer estrategias legales cuando el orden jurídico dificulta la salida, así como hace más compleja la posibilidad de internación judicial.

De su producción podemos enunciar:

1. Salida de internos, que por las implicancias legales y procesales, no podrían haberlo hecho.

2. Trabajo en los Tribunales Provinciales, logrando un diálogo directo con Jueces y Magistrados, participando incluso en el mismo expediente.

3. Construcción de una práctica jurídica alternativa a la tradicional trabajando en el registro de lo particular, lo que dió a cada interno, en el proceso judicial, una presencia no sólo formal sino como sujeto activo de derecho.

4. La efectiva participación en el "Tercer Encuentro Interdisciplinario Orden Jurídico y Salud Mental", posibilitó la emergencia y continuidad de un debate que como sordina también realizó nuestra comunidad ¿quién es loco?, ¿quién criminal?, ¿qué es lo peligroso?, ¿quién encierra?, ¿para qué?, etc.

f) También consideramos de real importancia la formalización de las Concurrencias de estudiantes de Psicología en los últimos tramos de su carrera.

Debemos decir que no han sido acompañados por ningún instructor y que el programa teórico y la práctica a desempeñar han sido elaborados por el Departamento de Psicología de la Colonia, quién además supervisa su accionar.

Estos estudiantes se han integrado

plenamente a las tareas planteadas (grupos de externación, trabajo de prealta, peña mateada, cine debate, encuentros familiares, tarea comunitaria barrial, Unidad Sanitaria Móvil, etc.).

Se propone la continuidad de los mismos, evaluándose la posibilidad de algún tipo de honorarios que permita costear su traslado.

g) Queremos resaltar el inicio del Estudio Socio-Cultural-Económico-Productivo que han iniciado egresados y alumnos cooperativistas de la zona, en un intento de planear alternativas laborales para el recurso humano de la zona, ante las limitaciones que el ingreso a la Colonia Psiquiátrica para desarrollar una labor se viene manifestando. El cambio de rol de la Institución y la menor necesidad de recambio del personal por jubilaciones, fallecimientos, etc. nos obliga aún más a intensificar el estudio de esta situación que puede tornar más dificultosa la marcha del Programa.

Coordinación Programa Externación
Colonia Psiquiátrica de Oliveros
Oliveros, Santa Fe,
noviembre de 1990.

El Proyecto de Externación de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros cuenta, desde su inicio, con el siguiente recurso humano estable:

Adriana Altieri: Psicóloga. Jefa del Departamento de Psicología de la Colonia de Oliveros. Coordinadora del Programa de Externación.

Carmen Mussio: Enfermera.

Han brindado distintos aportes.

Residentes de Salud Mental de la Colonia de Oliveros.

Estudiantes de Psicología.

Abogados del Programa de Concurrencias de Post-grado de Abogacía.

Distinto personal profesional y no profesional de la Institución.

La Comunidad, en sus múltiples organizaciones y variables ■



* Informe interno del Proyecto de Externación a la D.G.S.M. Año 1990.

La salud mental en la Pcia. de Río Negro

*"Para hacer una cosa mala basta con uno solo,
para hacer una buena se necesitan muchos"*

Hugo Cohen fue, entre 1979 y 1983, médico residente, Jefe de residentes y becario de post-residencia en el Hospital "G. Aráoz Alfaro" de Lanús, Prov. de Bs. As. En esa misma institución se formó también como médico residente en Psiquiatría Graciela Natella. Ambos hicieron formación psicoanalítica y ambos también migraron a Río Negro en 1985.

Cohen quien había sido cofundador, junto a Alfredo Corpacci y Marta Dobri, de la CONAMER (Comisión Nacional de Médicos Residentes), organismo que llegó a nuclear a 5000 colegas en formación de todas las especialidades en todo el país, fue invitado a hacerse cargo del Dpto. de Salud Mental de Río Negro. Graciela Natella comenzó como médica psiquiatra en el Hospital de Viedma y hoy ocupa la Jefatura de su Servicio de Salud Mental.

Sabíamos que la experiencia que están desarrollando en su provincia merecía una atención especial. En las páginas que siguen nos relatan su práctica y nos informan de las concepciones que la alientan

Mucho insistieron en señalar que se asumían como portavoces de todo un grupo de trabajadores de la Salud Mental que ponen su esfuerzo en esa tarea colectiva, señalándonos que lo que relataban, más allá de las necesarias jerarquías administrativas, no debía adjudicarse a nadie en particular, sino al conjunto de los que participan. Cuando agregaron que "para hacer algo malo basta con un solo..." supimos que habíamos encontrado el título para esta entrevista.

Vertex: ¿Cómo comenzó vuestro trabajo en Río Negro?

Hugo Cohen: En 1984 trabajaba en el programa de Salud Mental en esa provincia el Dr. Carlos Cornaglia quién por motivos personales volvió a su ciudad de origen, Córdoba, al cabo de un año. Entonces el Dr. Pablo Abadie, que a la sazón trabajaba en la Dirección Nacional de Salud Mental, me propuso hacerme cargo del Departamento de Salud Mental de Río Negro y acepté. En Buenos Aires yo trabajaba en los desarrollos tradicionales del campo "psi": consultorio privado y hospital; era también médico psiquiatra del Servicio de Urgencias de la Municipalidad. No tenía en esas actividades una perspectiva de desarrollo sanitarista en Salud Mental. En Río Negro me impactó la calidad, la sencillez y la humildad de la gente, su actitud en relación al trabajo. Me interesó como posibilidad de aprendizaje. Era algo que yo buscaba.

Graciela Natella: Comencé como psiquiatra de un hospital general, apoyando una propuesta que me permitió desarrollar nuevos recursos terapéuticos como respuesta al sufrimiento. Una práctica integrada, en contacto y sintonía con la realidad de las personas.

Vertex: ¿Cuál era la situación a vuestra llegada?

Entrevista a Hugo Cohen* y Graciela Natella**

Cohen: Con el advenimiento de la democracia, en 1983, comenzó un proceso de cambio. La llegada de Cornaglia significó el inicio de la creación de una estructura en el Ministerio de Salud Pública. No había, allí, antecedentes de tal cosa. Se empezaron a dar pasos importantes. Carlos recibió los primeros golpes al encontrarse con una realidad difícil de modificar. Comenzó por intentar una humanización del manicomio, paliar la situación de gran abandono en que estaban los internados, y eso generó una lucha. Mi llegada implicó la de los primeros lineamientos en salud mental.

Vertex: ¿De dónde provino la principal resistencia?

Cohen: Yo no viví esa etapa como para dar precisiones sobre un tema tan delicado, pero mi impresión es que provenía de los sectores psiquiátricos tradicionales, aquellos que hacían de la reclusión y la marginación toda su práctica. Ese sector comenzó a retirarse del hospital de Allen en medio de una tormentosa crisis. Lentamente algunos se fueron yendo de la provincia y otros se circunscribieron a la práctica privada. Los profesionales más progresistas se quedaron en ese hospi-

* Médico psiquiatra. Jefe del Departamento de Salud Mental de la Prov. de Río Negro. Laprida 240 (855) Viedma - Río Negro.

** Médica psiquiatra. Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital de Viedma - Río Negro.

tal o se distribuyeron en otras instituciones de la provincia.

Natella: Las resistencias no provienen de un único lugar. Habría que analizar las que existen en el sector médico, el "psi" y la comunidad en general. Las instituciones por ejemplo —que son formadoras de cierta conciencia comunitaria— aun tienden a la marginación y rechazo del loco. La existencia de éste en el hospital general y en su comunidad, el convivir y compartir con él, permitió trabajar los verdaderos conflictos y contradicciones que su presencia generaba. Demostrar que esta convivencia no es tan "peligrosa", fue y es una lucha cotidiana, inclusive con los sectores llamados progresistas —también de la Salud Mental—, acostumbrados a reivindicar, idealizar, comprender o diagnosticar la locura, pero no a resolver necesidades que coadyuvan en el enfermar o impiden la recuperación. En este trabajo se caen rápidamente los discursos que no son armónicos con un verdadero compromiso y esto trae también oposición.

Vertex: ¿Cuál era la modalidad de atención antes de vuestra llegada?

Cohen: Existía la internación, fundamentalmente en Allen donde estaban concentrados el 90% de los hospitalizados. Estos pacientes provenían en gran parte de localidades lejanas, con la consecuencia de desarraigo del medio social habitual que este alejamiento comportaba. Había algunos profesionales que trabajaban individualmente en los hospitales sin formar equipos. Tanto en Allen, como en tres o cuatro de los otros hospitales, había una consulta externa muy parecida a la de la práctica privada. Esto es común en el interior del país. Las personas llegaban y pedían la consulta con un determinado profesional, médico o psicólogo, que le habían recomendado o conocía. En el medio privado ejercía un cierto número de profesionales, sus prácticas se centraban en la atención individual. Hubo una sola clínica en la ciudad de Cipolletti, hay actualmente una residencia de tercera edad en Villa Regina y acaban de

abrir un hospital de día para niños psicóticos en Bariloche. Los pacientes pertenecientes a familias pudientes se internaban en algunas habitaciones disponibles en clínicas generales o eran derivados a Bahía Blanca o Buenos Aires. Había unos 20 médicos psiquiatras y unos 120 psicólogos. Últimamente estas cifras han crecido por la llegada de nuevos colegas.

Para situar a los lectores recordemos que Río Negro es una provincia muy extensa; cuenta con 33 municipios y 27 hospitales generales. La capital de la provincia no es el centro más importante. Río Negro tiene cinco regiones muy distintas: la zona andina donde está Bariloche, la ciudad más poblada; el Alto Valle que con su producción frutícola constituye la zona más poderosa económicamente; la Región atlántica adonde está Viedma, la capital, con sus 45.000 habitantes, Sierra Grande ciudad minera, el puerto de San Antonio, Valcheta y Conesa; la cuarta región es el Valle medio, frutícola y ganadero y por último la Meseta central patagónica que es la región con más peso de las tradiciones mapuches. Estos aborígenes que constituyen, según distintas estadísticas, entre el 10 y el 20% de los 500.000 habitantes de la provincia, van perdiendo sus tierras, migran y se han estacionado en los barrios marginales de las ciudades más grandes de la provincia como Roca, Cipolletti, etc. Allí trabajan en pequeñas labores subalternas como changarines, albañiles, etc., y viven en habitaciones precarias.

Natella: Aunque con la crisis económica y la consolidación de los equipos de Salud Mental, ha aumentado el sector de clase media que recurre al Hospital, nuestra población, en un alto porcentaje es descendiente de mapuches, carenciada y marginada. Nosotros intervenimos prioritariamente en casos que por falta de cobertura socioeconómica o por la gravedad y/o reiteración de la crisis, ausencia de familia, etc., quedan fuera del sistema privado y de obras sociales.

Vertex: ¿Cómo se puso en marcha el proyecto?

Cohen: Había algunos grupos de

profesionales que comenzaron a organizarse. En Allen mismo se realizó el 1er Encuentro Provincial de Salud Mental. Se buscaba con ello la participación de la gente para procurar alguna salida al modelo tradicional. Retomé las conclusiones del Encuentro como, por ejemplo, la creación de cargos de coordinadores zonales de Salud Mental. Los designados surgieron de la elección de los participantes al Encuentro. Comenzamos a consolidar el trabajo de equipo.

A lo largo de estos años modificamos casi todos nuestro criterios iniciales. La marcha del trabajo nos abrió nuevas puertas. Es difícil explicarlo. Desde el punto de vista de la planificación normativa no hicimos mucho. Nuestra técnica se explica mejor en el marco de la planificación estratégica, es decir, que se planifica sobre la marcha en función de las respuestas y de los emergentes que surgen de la misma acción. Un día nos encontramos con que habíamos cerrado el manicomio.

Vertex: ¿Cómo fue eso?, ¿crearon alternativas de atención previamente al cierre del hospital?

Cohen: Fue un proceso simultáneo. Desde un tiempo antes del comienzo de nuestra gestión los Dres. Vera y Cornaglia habían desarrollado una tarea tendiente a la externación de pacientes. Luego creamos un equipo que se ocupó de la misma formado por dos psicólogos: José Schiappa Pietra y Liliana Ingold, y una trabajadora social: Luisa Agnoletti de Kissnerman. El hospital de Allen, primer nosocomio de la Patagonia inaugurado allá por 1900, contaba en 1983 con 120 pacientes internados, cuando yo llegué quedaban alrededor de 80 y se continuó la política de externación.

Como simultáneamente comenzamos a desarrollar el trabajo de contención de las crisis en el lugar de residencia habitual de las personas con sufrimiento mental disminuyeron las derivaciones a Allen. Al disminuir la internación y aumentar la externación fueron quedando camas vacantes y las autoridades pensaron que, al quedar vacío, podía reciclarse el hospital psiquiátrico en hospital general. Ese

proyecto se concretó en noviembre del año pasado quedando Salud Mental como un Servicio más junto a Clínica Médica, Pediatría, Cirujía y Tocoginecología.

Todo ese proceso nos enseñó que al manicomio se lo deja o se lo cierra. No hay medias tintas tales como sistemas de puertas abiertas o comunidad terapéutica. Si se lo deja, intentando reformarlo, esa estructura se vuelve a "manicomializar". La sociedad vuelve a depositar en la internación a las personas y a marginarlas. Por todo ello, insisto, al manicomio se lo deja o se lo destruye. Nosotros optamos por destruirlo.

Vertex: Los responsables del programa de Salud Mental tenían el poder político y administrativo para cerrarlo?

Natella: La internación en hospitales generales, la formación de equipos y de agentes multiplicadores de la tarea, el trabajo interinstitucional y comunitario, la creación de guardias pasivas en las que el profesional de S. Mental es referente en el propio hospital y en aquéllos en que no existe Servicio de S. Mental, la organización de actividades precooperativas con los pacientes, el permanente trabajo social (gestión de viviendas, trabajos, pensiones, alimentos, seguridad social, etc.) fueron algunas de las alternativas al cierre.

Cohen: Sí, por que nos apoyaron las autoridades. Pero ese apoyo se mantuvo desmostrando en la práctica cotidiana que un conjunto de trabajadores lograban dar una alternativa viable al problema de la atención en Salud Mental y con ello le garantizaban a los políticos que el cambio que propugnábamos no iba a significar unos meses después el caos. Nos hicimos cargo de los pacientes, sólo así se consolidó la decisión política.

Vertex: ¿Cómo está organizado actualmente el sistema de Salud Mental?

Cohen: Lo está en función de los principios que fijamos a través de la práctica.

Vertex: ¿Y cuáles son ellos?

Cohen: Primero entender que Salud Mental es lucha, es conflicto; segundo que tenemos una concepción de la locura que la define no como enfermedad mental, ni alienación, sino como sufrimiento mental; tercero, rescatar los recursos de Salud presentes en todas las personas,

desde una charla de apoyo entre amigos hasta toda otra forma que surja de alguien de la comunidad para intervenir en una situación de crisis. Cuarto, entender la crisis como la alteración o carencia en los suministros que necesitamos como seres humanos. Entendemos, que en tanto tales, para sobrevivir, trascender y desarrollarnos en el mundo necesitamos aportes físicos: comida, vivienda, vestimenta; aportes afectivos, psicológicos, un otro que le de sentido a nuestra existencia, y, por último, aportes socio culturales: educación, pertenencia laboral, etc. En la medida en que haya alteraciones en estos niveles puede sobrevenir la crisis.

Como quinto principio decimos que todo individuo en crisis debe ser contenido en su medio habitual por que, entre otras cosas, la crisis tiene sentido en la vida de esa persona precisamente en el lugar en donde desarrolla su existencia: barrio, taller, club, iglesia, etc. Y es allí también donde existen los recursos para intentar resolverla. Entonces cuando hay una persona con sufrimiento mental en una localidad no lo mandamos más al manicomio, sino que acudimos a atenderlo allí. Entre otras, ésta es la función de los equipos que hemos organizado.

Vertex: ¿Cuántos hay?

Natella: Hay equipos funcionando en 13 de los 27 hospitales con que cuenta la provincia. Si en la zona de influencia de alguno de los que no tiene equipo se presenta

un caso nos desplazamos hacia allí con lo que llamamos patrullas de Salud Mental. Además de las intervenciones individuales, familiares y grupales y la psicofarmacología,

el trabajador en Salud Mental se capacita en intervenciones sociales para manejar los elementos centrales de la acción terapéutica que exige nuestra concepción de crisis y sufrimiento mental.

Vertex: ¿Los equipos son multidisciplinarios?

Natella: Trabajan todos los que acuerdan con esta propuesta: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, mucamas, choferes, cocineras, sociólogos, antropólogos, agentes sanitarios y los mismos pacientes. En el caso del alcoholismo, por ejemplo, tomamos a los pacientes recuperados como puntal en la ayuda a otros alcohólicos, capacitándolos en la coordinación de grupos y luego de un tiempo de abstinencia contratándolos con sueldo para incorporarlos en los equipos con el cargo de auxiliar asistencial en Salud Mental.

Cohen: Cabe decir también que la mayoría de los que impulsamos esta propuesta trabajamos en Salud Pública con dedicación exclusiva, es decir, no ejercemos en privado. No tenemos horario fijo, de trabajo, lo que hacemos se parece más a una mística o a una militancia.

Vertex: ¿Los roles profesionales tradicionales están, entonces, borrados, difusos o inexistentes?

Cohen: Hemos cuestionado las



prácticas tradicionales y estamos hablando no solo de los psiquiatras que se oponen a la desaparición del manicomio, sino también de la gente que está en el campo progresista o dinámico de la Psiquiatría y de las psicoterapias.

Obviamente tomamos algunos elementos valiosos de la formación que tenemos, pero las aplicamos de otra manera, en función de otros objetivos, de otros escenarios, de otros protagonistas. Creo que en última instancia lo que cambia es nuestro objeto de trabajo, o sea, él ya no es un cerebro o un cuerpo, tampoco es un aparato psíquico, sino un ser humano con su cualidad esencial expresada en lo social. Y esto re plantea y resignifica todo.

Vertex: Con esa primacía que dan al aspecto social en la determinación de la conducta humana ¿no arriesgan deslizarse a un reduccionismo teórico que no dé cuenta acabadamente del fenómeno de la locura?

Cohen: Creo que no, pero no me parece importante entrar en esta polémica por que entonces habría que discutir también sobre los reduccionismos biológicos o psicológicos. Pensamos que si nuestra propuesta ayuda a salir del sufrimiento a otro ser humano es científicamente válida. En este sentido hay que recuperar la dimensión ética de las prácticas "psi".

Vertex: En los fundamentos del Anteproyecto Uds. definen al individuo como una unidad bio-psico-social ¿debe ser entendido esto en el sentido de los presupuestos del DSM IIIR?

Cohen: Creo que no. Nosotros, aunque esto está en debate en la provincia, entendemos que el diagnóstico nos sirve parcialmente, que rotula y contribuye a derivar y depositar. No sólo en las prácticas psiquiátricas tradicionales, sino, también en las más dinámicas y progresistas. El diagnóstico limita a ese ser humano al psiquiatrizarlo. En la medida en que no entendamos que nuestra práctica tiene que ser dirigida hacia un nuevo objeto científico esto no se va a aclarar. Lo de bio-

De la exposición, de Motivos del Anteproyecto de Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental. Viedma 1989*

...[Algunos datos a destacar:

- a. En los casi 1400 pacientes graves asistidos en Río Negro durante el período 1985/88 (esquizofrénicos, paranoicos, parafrénicos, alcohólicos, débiles mentales, depresiones graves, neurosis descompensadas, intentos de suicidio, epilepsias, demencias, entre otros), no se ha registrado ni un solo episodio de violación u homicidio hasta la fecha.
 - b. Se ha capacitado para contener al paciente en crisis y su reinserción comunitaria, al Equipo de Salud de 20 de los 26 hospitales.
 - c. Una de cada cuatro enfermeras de la provincia están ya entrenadas (400 agentes).
 - d. Se comienza la internación de pacientes durante la crisis en salas comunes o sectores específicos en todos los hospitales aún en aquellos donde no existen los Psiquiatras o Psicólogos.
 - e. Se posibilitó así resolver el 95% de las urgencias graves sin necesidad de clausuración o internaciones prolongadas. El 15% restante lo constituyen personas con graves problemas sociales fundamentalmente.
 - f. Este porcentaje de recuperación se repite exactamente en los casos derivados por la Justicia donde la respuesta sociofamiliar y comunitaria en el medio habitual reemplaza a la derivación o reclusión.
 - g. Se comienzan a utilizar recursos originales como: pensiones, subsidios, bolsa de trabajo, alfabetización, gestión de vivienda, a través del Consejo de Discapacitados o del P.A.S.I. Caja PAN, beneficios del PAMI o del I.PRO.S.S.
 - h. Transformación del que fuera Neopsiquiátrico de Allen en un nuevo hospital para la comunidad. Se disminuyen un 70% las derivaciones a Allen y el tiempo de internación pasa de tres meses a ocho días promedio.
 - i. Los casos nuevos de cronificación son excepcionales (no llegan al 0,5%).
 - j. A través del Equipo de Intervención en Crisis del Alto Valle se atienden durante el 2do. semestre de 1987, 45 urgencias de las cuales solamente 5 han sido internados en Allen por un período promedio no mayor a 30 días. El 90% restante se resolvió en internaciones domiciliarias o en Salas Generales de los hospitales por un período no mayor de 48 horas promedio.
 - k. Con estos Equipos o los de Patrullas se apoya a los hospitales rurales para la contención de la crisis y con la presencia personal si así se lo solicita.
 - l. Se incorporan a la práctica de salud: policías, docentes, vecinos y otros referentes comunitarios como recursos válidos para el seguimiento, rehabilitación de la persona en su localidad de origen actuando en muchos casos la familia sustituta. Entendemos así que la recuperación de la persona es la recuperación de los vínculos sociales.
 - m. Aumento sensible de la demanda de asistencia en consultorios externos que en muchos casos quintuplica las prestaciones del año 1985.
 - n. Se realizan 2 encuentros provinciales de Legislación, Justicia y Salud Mental contando con la presencia de casi 400 personas de 22 localidades que en las conclusiones y recomendaciones finales avalan lo arriba enunciado
- En cuanto a los costos económicos de lo realizado hasta la fecha surge claramente su escasa magnitud, mucho menor aún si se los compara con costos de las restantes áreas de la Salud. Esta propuesta comunitaria y de promoción de las personas no requiere aparatología, estudios de laboratorio, ni equipamiento especial, rubros estos que se llevan la mayor parte del gasto en Salud. También demostramos en coincidencia con otras experiencias mundiales (algunas ya mencionadas en la presente) que los gastos para multiplicar pequeños Centros de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación dentro de la actual estructura del Hospital de Area Programa son infinitamente menores a los que insumen las instituciones monovalentes (Manicomios, Reformatorios, Hospicios, Colonias, etc.) afirmación avalada por los postulados de la O.M.S.].
- ...[Debe considerarse también el reintegro del individuo al mercado laboral, la disminución del ausentismo y la formación de alternativas de producción (cooperativas) como indicadores positivos para la economía en general.]...

* Presentado a la Legislatura Rionegrina para su discusión por el Dr. Hugo Cohen con el asesoramiento jurídico del Dr. Horacio J. Jouliá, abogado y miembro de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, delegación Viedma. Se tomó para el mismo como referencia el anteproyecto presentado por el Dr. Luis Silva Zambrano, Juez de la Cámara en lo Criminal y Correccional de Gral. Roca.

psico-social utilizando concepciones de Pichon-Riviére, es un intento de utilizar un lenguaje, conocido en nuestro medio, para poder definir con qué y por qué trabajamos.

Creo que nosotros intentamos avanzar poniendo el acento en lo "social" de lo bio-psico-social. Y

no hablamos de cura sino de seres humanos con derechos y necesidades. En la medida en que vayamos satisfaciendo esas necesidades y garantizando esos derechos estaremos ayudando a recuperarse a las personas y a que salgan del sufrimiento.

Vertex: ¿Cómo articular la dimensión del Inconsciente con esta concepción?

Cohen: En muchas ocasiones complementa la concepción sobre el paciente, pero no necesariamente operamos con esas categorías. Creo que nuestra formación psicoanalítica pesa mucho y que lo de la escucha es importante. Es un elemento más, no el único; aislado es insuficiente. En otras palabras, a los profesionales nos puede ayudar pero ¿cómo explicamos que un enfermero, un agente sanitario, un chofer, un mapuche o un alcoholista en recuperación ayude a una persona con sufrimiento mental a salir de la crisis mucho mejor que un profesional sin haber leído a Freud?

Estoy describiendo una tendencia entre los que trabajamos en la Provincia, en los distintos equipos hay posiciones y modalidades variadas. Lo que hemos aprendido aquellos que estamos más comprometidos con esta orientación es que en el terreno de la crisis lo que ayuda a las personas a salir es precisamente atender a sus necesidades y derechos. Esa posibilidad de ayudarles a organizar la vida. Comprometerse con su existencia cotidiana, con sus amigos, con sus vecinos, ayudar para que entre todos se pueda dar respuesta al que está sufriendo más que los demás.

Natella: Ayudar a organizar la vida de estas personas hasta que desarrollen un grado máximo de autonomía.

Cohen: Volviendo a la pregunta nosotros buscamos otra cosa; las prácticas psicoanalíticas, a las que hemos tenido acceso, no resuelven el fenómeno de la locura, no dan cuenta por sí solas de lo que pasa con una persona en crisis.

Vertex: No se puede eludir una perplejidad algo escéptica que creo sentirán muchos de los lectores con orientación psicoanalítica y formación en la clínica psiquiátrica al escuchar tan contundente interpelación. Justamente Vertex está abierto a la polémica. Pero amplíemos el tema: en el Anteproyecto varias veces hacen alusión al uso de psicofármacos ¿cómo los

usan?, ¿cuando los indican?

Cohen: Otro de los principios que nos orientan es la necesidad de socializar nuestros conocimientos. Hemos iniciado cursillos de Intervención y Contención de la Crisis y Reinserción Social. En ellos, entre otras cosas, hablamos de qué hacer cuando una persona se excita, se torna agresiva. Aconsejamos que la primera aproximación sea por la palabra, todo lo que pueda pasar por lo interpersonal, evitando todo lo que pueda despertar mayor agitación en el que está sufriendo. A veces esto no alcanza y es necesario pasar a la contención física y si esto tampoco alcanza creemos que recurrir a los psicofármacos puede ayudar.

Natella: De todas maneras, estamos pensando mucho este tema, por que no sabemos bien si es la droga lo que está actuando u otro tipo de factores interpersonales. Pensamos que la medicación es un recurso mas que a veces está ocupando el lugar de otras respuestas aún insuficientemente desarrolladas (recuperación de vínculos, inclusión en el medio laboral, etc.)

Cohen: Nosotros nos jugamos por el loco. Si uno se mete con el loco él sale de la crisis. Hay que hacerse cargo de la persona.

Vertex: En el caso de sujetos presentando un autismo infantil o una esquizofrenia paranoide, para mencionar algunas designaciones nosográficas en uso, ¿basta con esa actitud para inflexionar el proceso psicopatológico?

Cohen: Creo que lo de "basta con eso" es empobrecer el trabajo que hacemos. Ojalá todos pudieran tener solamente eso, que implica gestionar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de alguien que padece. Tal vez para los que usan el término esquizofrenia paranoide ella siga siendo siempre esquizofrenia paranoide. Obviamente al usar ese término se está marcando la respuesta. La definición misma va a sugerir la evolución esperable, etc. Nosotros hemos tenido pacientes esquizofrénicos paranoides que han vuelto a su vida habitual. Hay que repensar además del diagnóstico, que ya marca una respuesta, en esto de la curación y si es posible que una persona pueda estar delirando tranquilamente en su casa; por ejemplo. Pero nosotros ¿qué parámetro usamos como guía? que esa



persona retoma mínimamente su actividad previa a ese momento de gran sufrimiento, que pueda volver a su trabajo, a su rancho, que retome vínculos con su entorno social.

Vertex: Al escuchar todo esto uno no puede, por momentos, dejar de recordar la antipsiquiatría inglesa, la obra de Szasz o la psiquiatría alternativa italiana ¿se reconocen ustedes en esos modelos de reflexión sobre la locura?

Natella: Nosotros reconocemos a

toda práctica que entienda al ser humano en su dimensión social y por lo tanto opere sobre ella. Lo que no implica la traslación de modelos con historia y contexto. El desarrollo que hemos hecho en Río Negro intenta sustentarse en los hábitos, costumbres y creencias de sus pobladores, la metodología de trabajo, entonces, debe ser acorde a las características y posibilidades de cada región. Por otra parte, pretendemos integrarnos dentro de la estructura del hospital público, sin crear una estructura paralela, al

tiempo que trabajamos con otras instituciones como Municipio, Escuela, Previsión Social, Policía, etc. Los recursos humanos que actúan no son sólo "psi" sino también pacientes recuperados; familiares de pacientes, empleados, no profesionales, del hospital y otros miembros de la comunidad junto a referentes de las instituciones mencionadas anteriormente. Ellos conforman nuestros equipos de trabajo. El trabajo desarrollado en Río Negro se parecía a lo que vimos en viaje por Italia pero no surgió de contactos formativos previos, ni de lecturas previas de Basaglia o de su equipo. Fue una grata sorpresa ver la coincidencia de criterios en algunas cosas pero constatamos muchas diferencias también.

Vertex: Hay en la posición que sustenta una refutación del concepto de locura como lo vienen definiendo los técnicos y en consecuencia un rechazo a las técnicas que vienen implementándose para modificarla.

Cohen: Las técnicas que se han implementado para modificar la locura han fracasado. Tenemos que decirlo así. Si siguen existiendo el Borda y el Moyano por ejemplo, es por que el problema de la locura no se ha resuelto. Hemos cuestionado durante años a los psiquiatras organicistas del electroshock, pero, ¿que hemos hecho los del otro bando?: absolutamente nada. Nada, en el sentido de desarmar una institución nefasta para el ser humano como es el manicomio.

Vertex: Para Uds. la permanencia del hospital psiquiátrico tradicional ¿obedece a una falta de pertinencia de las teorías acerca de la locura o a un fenómeno de tipo socio-político?

Cohen: Es todo lo mismo. Las teorías son un reflejo del momento socio-político. Creemos que hay que reformular. En la medida en que sigamos con la escuela en el Borda vamos a seguir en ella y no lo vamos a desarmar, como también en la medida en que sigamos empecinados en encontrar la alteración x en la circunvolución y seguiremos en el manicomio.

Aspectos principales del anteproyecto...*

Artículo 1º. —La provincia promueve un sistema de salud que, atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento mental.

Queda prohibida la habilitación y funcionamiento de manicomios, neurosiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente ley.

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprendan.

Art. 3º. —La autoridad de aplicación de la presente ley será el Consejo Provincial de Salud Pública, sin que ello obste la necesaria participación que se prevé en el artículo 13 para el caso de las personas que se encuentren bajo jurisdicción de los jueces provinciales.

Art. 5º. —Se asegurará y procurará el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de las personas cuya promoción procura esta ley con sus familiares directos y amistades.

Art. 6. —La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente ley constituyen el recurso terapéutico por excelencia, por ende la provincia promoverá el pleno derecho al trabajo como factor esencial de la recuperación de la autonomía e independencia de aquéllas.

Art. 8º. —Integrarán los equipos terapéuticos y promocionales los profesionales de salud mental de los hospitales de la provincia como responsables operativos.

Estos coordinarán las tareas necesarias con el conjunto de los agentes de salud y demás miembros de la comunidad.

Art. 10º. —La provincia desconoce como válido todo medio terapéutico cualquiera fuera su naturaleza, destinado exclusivamente a obtener la estabilización clausuración o reclusión de las personas como fin en sí mismo, desvinculado del propósito social contenido en esta ley.

Art. 11º. —Los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de la persona o en el más cercano. La familia, vecinos o amigos, familia sustituta, como toda otra expresión de la organización comunitaria, son parte activa para la recuperación de la persona con sufrimiento mental.

Art. 13º. —A más de lo preceptuado por la legislación nacional vigente en la materia, la provincia promoverá en los procesos judiciales la recuperación de las personas con sufrimiento mental sujetas a su jurisdicción, lo que de ningún modo podrá entenderse como una limitación a sus potestades sino que significará tanto para la persona como para el juez interviniente la disponibilidad de una instancia previa capaz de lograr los fines queridos por la ley, evitando cualquier sufrimiento innecesario o condicionante de la pretendida revinculación y promoción sanitaria y social de estas personas.

Art. 17º. —En los casos necesarios de internación de personas con sufrimiento mental, el equipo terapéutico deberá, al elevar su dictamen al juez interviniente aconsejar el respectivo plazo de internación.

Art. 20º. —Todo establecimiento asistencial público o privado que recibiera internación voluntaria de personas o a pedido de familiares que pudieran estar alcanzados por la presente ley, deberá comunicar fehacientemente, dentro de las 48 horas al Juzgado Civil más cercano, o a los equipos terapéuticos o a la autoridad de aplicación, el hecho, a fin de que se garantice la asistencia y promoción que se establece por la presente.

* Parlamento rionegrino. Publicación Oficial de la Legislatura de Río Negro, año 1, Nº 3, oct. de 1990.

Vertex: ¿Lo mismo opinan en cuanto a los desarrollos psicoanalíticos sobre el fenómeno de la psicosis?

Cohen: ¿Por qué en Buenos Aires que cuenta con desarrollos psicoanalíticos tan fenomenales convivimos con el Borda y el Moyano?

Vertex: Puede haber una determinada concepción de la locura dominante en una sociedad más allá de que existan disponibles instrumentos teóricos y técnicos y que ellos no sean aplicados en las grandes instituciones psiquiátricas por razones de tipo político y económico que no las dejan entrar.

Cohen: Yo digo que no y digo también que esa es la trampa. Creo que el psicoanálisis ha hecho grandes aportes, ha sido una revolución y en ciertos aspectos sigue teniendo vigencia, yo me formé en él, pero también creo que en el campo específico de las prácticas psicoanalíticas con personas con sufrimiento mental algo no funciona, algo se traba, algo se rompe. No sé qué es, pero en gran medida tiene que ver, tal vez, con el objeto de trabajo. Trataré de ser más claro ¿Qué constatamos en Río Negro cotidianamente?: que el trabajo con la locura implica poner el cuerpo y en general la forma de implementar u operativizar los conocimientos psicoanalíticos se aleja mucho de esto. Es un fenómeno muy complejo. Hay aspectos socio-políticos, en eso coincidimos: en los manicomios están fundamentalmente los pobres. Creo que el trabajo con la locura es como saben muchos que lo han hecho y lo hacen en el Borda y el Moyano muy duro, que socialmente no está prestigiado, que científicamente no está validado y que a la hora de la retribución económica tampoco paga. En cambio, miremos los periódicos en la sección Psicología,

los anuncios sobre el tipo de temas que se promueven en la enseñanza. Excepcionalmente he visto preocupación por el manicomio o temas como "locura, imaginación y respuestas terapéuticas", la preocupación pasa más por cursos e instituciones que se ocupan de múltiples temáticas pero no de la respuesta al loco.

Vinimos hace poco a un debate sobre los hechos acaecidos en el Hospital Moyano, convocado por la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Allí se discutía de la brutalidad de las muertes por que las pacientes morían por comer 600 calorías/día. La cosa era humanizar el manicomio, pero nadie lo cuestionó en su existencia. Sería como decir que consumiendo 2500 calorías, teniendo lindas habitaciones, TV color, jardín e higiene la cosa andaría. Hay crisis económica pero no es lo determinante. La crisis fundamental es del campo "psi" y del modelo manicomial cuyas falencias desencubre crudamente la crisis económica.

La cosa no pasa tampoco por que ciertos sectores retrógrados se hayan consolidado en los manicomios e impidan toda transformación. Eso es una trampa. Yo tengo la impresión de que tiene más poder en la Argentina el campo de las psicoterapias y, es más, si sigue estando el manicomio es por que estas corrientes avanzadas y desarrolladas necesitan de su existencia. Ellas terminan abasteciendo, abierta o encubiertamente, de locos a los manicomios. Hay algo de tipo perverso en todo esto. En esta selección que se hace en el campo de lo "psi": "yo con psicóticos no trabajo"... o "... con psicóticos sin familia"... o..." si es un tercer brote o un crónico"... ¿dónde terminan, entonces los locos?: en el manicomio. Mas aún, ocurre al revés, muchos psiquiatras organicistas, biólogos, ponen el cuerpo y sacan, a veces, más a los locos que lo que los otros hacen. Este es un tema que hay que discutir ¿quién

tiene el poder en la Argentina en el terreno de la Salud Mental y qué hace con él?

Vertex: ¿Cuáles son los principales logros que consideran haber obtenido en Río Negro?

Cohen: En primer lugar poder ayudar a muchas personas a encontrar una respuesta más humana a su sufrimiento. Que muchos pobres, locos y borrachos, tengan la alternativa de una vida más digna. La posibilidad de que estas personas se sientan protagonistas de sus propios cambios y actores principales en la recuperación de sus pares rompiendo los modelos autoritarios paternalistas.

Natella: Como antes dijimos nosotros hemos incorporado a los marginales al sistema de Salud Pública como impulsores de transformaciones. Una decena de alcohólicos recuperados y varios mapuches integrados a Servicios de Salud Mental con salario así lo atestiguan.

También es un logro ir generando una nueva conciencia de Salud Mental entre los trabajadores de la salud y en la población en general. Muchos cuestionan, aún, nuestra propuesta, pero, muy pocos reclaman ya el manicomio.

Cohen: La "desmanicomialización" ha empezado a circular en la comunidad como debate y como alternativa. No es menos logro el fabuloso aprendizaje realizado y la riquísima experiencia vital acumulados que nos impulsan a continuar por el mismo camino ■

Por la coordinación y transcripción J. C. Stagnaro.

Estrategias para el cambio 1984-1987*

Provincia de Córdoba

Diagnóstico de Situación

La impronta autoritaria del funcionamiento social tuvo repercusión sobre las concepciones de Salud, sobre sus aspectos operacionales, sobre las Instituciones, sobre las orientaciones preventivas y terapéuticas.

La concepción de la salud como ausencia de enfermedad, vinculada al cuerpo biológico, dio sustento para prácticas individualistas descontextualizadas histórico-políticamente.

Como consecuencia de esta concepción, nos encontramos con una situación que puede sintetizarse en los siguientes puntos:

1- Una situación francamente crítica del sistema sanitario existente como para dar cuenta de los problemas de salud mental de la Provincia.

2- Una concepción perimida de la Salud Mental que reducía su vasto campo a escasas acciones psiquiátrico-asistenciales desvinculadas del resto del sistema de salud.

3- Negación de las dimensiones sociales de la Salud Mental en su articulación preventiva y rehabilitadora.

4- Como consecuencia de los puntos 1 y 2, cronificación de pacientes condenados a una situación de aislamiento y deshumanización.

5- Inexistencia de una red asistencial general que permita dar cuenta de los aspectos preventivos, asistenciales y de rehabilitación.

6- La totalidad de los recursos destinados a la mantención de prácticas y sistemas custodiales segregacionistas y/o asistencialistas.

7- Apatía, desinterés de profesionales y personal de las instituciones, cuya capacitación sólo les permitía reproducir el sistema custodial existente, cronificante.

8- Desconexión entre los distintos sectores de salud así como entre las jurisdicciones directamente vinculadas con los problemas de salud mental tales como Educación, Justicia, Acción Social, etc.

9- En relación a la capacitación de Recursos Humanos, existía una residencia en psiquiatría que funcionaba en el Hospital Neuropsiquiátrico, con 5 médicos y una duración de 3 años, y contenido curricular francamente biológico. Como antecedentes habían

existido residencias de psiquiatría, en el Hospital Vidal Abal (Oliva) y de psiquiatría y psicología social en el Hospital Santa María (Punilla). Extinguidas al comenzar esta gestión.

En función de este diagnóstico de situación, diagramamos los objetivos que podríamos decir que realmente son los lineamientos alrededor de los cuales transitan las acciones de Salud Mental dentro de la Provincia.

Objetivos prioritarios

Partimos de los Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental, integrando esa noción y entendiéndola como un "Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos (equilibrio e integración progresivos, con crisis u objetivamente), en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social", (Dr. Vicente Galli, Director Nac. de Salud Mental, 1986).

En esta reconceptualización, la inclusión del nivel psicosocial, el concepto de conflicto como constitutivo del sujeto, la idea de relativo equilibrio, la incorporación de la crisis como integrante de la salud y el valor que se le asigna a la participación como promotora e indicadora de salud, nos pusieron frente a la necesidad de revisar nuestros instrumentos operacionales y de poner en marcha una estrategia de trabajo.

Nos fijamos entonces los siguientes objetivos:

1- Lograr la integración de la política de Salud Mental a la política general de Salud, incluyendo los subsectores público, de obra social y privado.

2- Integrar intersectorialmente Salud Mental con Educación, Acción Social, Poder Judicial, como así también, interjurisdiccionalmente las acciones provenientes de Provincia, Nación y Municipalidad.

3- Ampliación de cobertura a acciones de Promoción y Prevención, así como el logro del mejoramiento de la asistencia, procurando que ella sea equitativa para toda la población.

4- Desplazamiento del eje ideológico institucional centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Salud-Individuo-Comunidad.

5- Discriminación de grupos poblacionales de riesgo destacando en la actualidad aquellos afectados de manera

directa por el terrorismo de estado y realización de investigaciones específicas en epidemiología.

6- Promover y garantizar la participación de usuarios y prestadores conjuntamente con los organismos estatales en todos los niveles en los que sea necesario replantear y definir necesidades, optar por estrategias y decidir sobre asignación de recursos.

7- Desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria en Salud Mental.

8- Refuncionalización de los grandes Hospitales psiquiátricos y desaliento de las Instituciones privadas con modelo manicomial.

9- Abordaje adecuado de todas las tareas de Prevención Primaria en Salud Mental.

Enfrentamiento de las problemáticas específicas con énfasis en la dependencia de drogas desde esta perspectiva.

10- Distribución racional y planificada de los recursos financieros y humanos en salud mental, priorizando el presupuesto para incrementar acciones coherentes con las nuevas propuestas.

11- Evaluación inmediata y continua de las experiencias piloto que se realicen para una extensión posterior.

Nuestras estrategias para el cambio

En función de la necesidad de transformar el modo de operar en terreno, nos propusimos tres prioridades que servirían de ejes referenciales:

1- Primarización de la atención de la Salud Mental.

2- Capacitación de Recursos Humanos.

3- Investigación permanente.

1. PRIMARIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Llamamos así a la inclusión de la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje de nuestra política.

¿Qué entendemos por Atención Primaria de la Salud?

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud definió como meta principal de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) "Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

Para alcanzar esta meta, se propuso (en 1978 Alma Atta), desarrollar una estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Este concepto de Atención Prima-

* Extracto de "Estrategias para el cambio (1984-1987)". Sec. Min. de Salud. Dirección General de Salud Mental. Prov. de Córdoba



**De la
tempestad**



...a la calma

Karidium[®] (CLOBAZAM)

Karidium 20[®] (CLOBAZAM)

Ansiolítico selectivo

elimina la ansiedad sin reducir
la vigilancia ni la psicomotricidad

Información para prescribir

Principio activo: Clobazam.

Composición:

Cada comprimido contiene CLOBAZAM 10 mg y 20 mg.

Indicaciones:

Síntomas psíquicos: ansiedad, tensión, inquietud, preocupación, excitación, irritabilidad, agresividad, labilidad emocional, agotamiento nervioso, trastornos de la concentración. Neurosis de angustia, fobias. Neurosis obsesivo-compulsiva.

Síntomas somáticos: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, urogenitales y dermatológicos.

Dificultad para conciliar el sueño, sueño discontinuo, trastornos en el ritmo sueño-vigilia.

Posología y administración:

La posología se adecuará a las exigencias de

cada caso. Primando el criterio médico se aconseja el siguiente esquema terapéutico:

Adultos: 1 a 3 comprimidos por día (dosis media 2 comprimidos). Dosis máxima: 100 mg día.

Niños mayores de 3 años y pacientes geriátricos: La mitad de la dosis recomendada para adultos. Los comprimidos ranurados facilitan la dosificación.

Acciones colaterales y secundarias:

KARIDIUM carece de intolerancias con excepción de las provocadas por hipersensibilidad a la droga.

Contraindicaciones:

Miastenia gravis. Glaucoma. Embarazo.

Precauciones y advertencias:

En altas dosificaciones puede observarse somnolencia diurna- deberá aconsejarse a los pacientes que inicialmente no manejen vehículos o máquinas riesgosas. La ingestión simultánea

de KARIDIUM y alcohol u otros depresores del S.N.C. puede producir potencialización recíproca. En los tratamientos prolongados y siguiendo normas establecidas para todo fármaco, se recomienda el control periódico del hemograma y del funcionamiento hepático.

Presentaciones:

Envases de 30, 60 y 120 comprimidos de KARIDIUM.

Envases de 30 y 60 comprimidos de KARIDIUM 20.

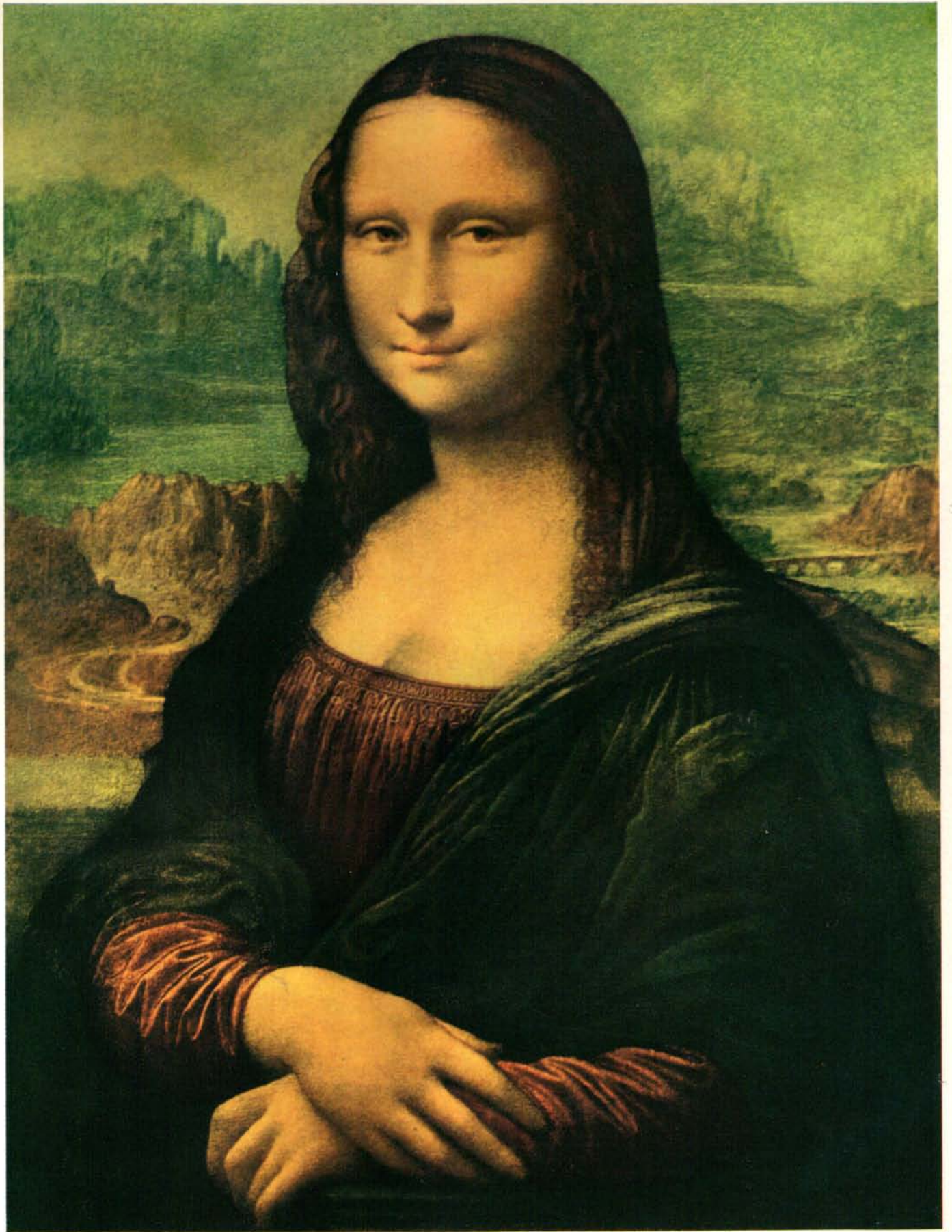
Mayor información a disposición del cuerpo médico.

Química Hoechst S.A.
División Farmacéutica
25 de Mayo 450, Buenos Aires - Tel. 312-3036/39

Hoechst 



Cuando la ansiedad supera los límites.



Trapax^{*} restablece el equilibrio emocional
del paciente con mínima dosis.



JOHN WYETH LABORATORIOS S.A.
Reconquista 1011, (1003) Buenos Aires
Tel.: 312-4871/5

* Marca Registrada.

Trapax está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas pueden producir efectos depresores sobre el SNC. Se debe considerar el riesgo potencial de dependencia con el uso regular. Administrar con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho agudo y en insuficiencia hepática o renal.
INFORMACION PARA PRESCRIBIR MAS DETALLADA A DISPOSICION DEL MEDICO



NEUPAX

Fluoxetina Bagó

El antidepresivo más seguro



Eficacia comparable a los antidepresivos convencionales, pero con **MEJOR TOLERANCIA.**

No agrega molestias somáticas al paciente.

Carece de efectos cardiotóxicos aun en pacientes geriátricos.

NEUPAX
Fluoxetina Bagó

Contribuye a recuperar la autoestima y el impulso vital.

Presentación:
Envase conteniendo
30 comprimidos recubiertos.



ria de la Salud (A.P.S.), nació y se desarrolló claramente asociado a servicios de salud para poblaciones muy pobres, predominantemente rurales y con patologías típicas del subdesarrollo. Aparece como indispensable una ampliación y enriquecimiento de esa idea original. Su incorporación al planeamiento de los servicios de Salud implica en replanteo de todo el perfil del sistema y no solamente de su nivel de menor complejidad tecnológica. La idea humanística y económica a la vez, de solucionar con lo menos en términos de complejidad y cantidad lo más que se pueda en términos de necesidad de salud es una idea para orientar todo el sistema, confrontada a la tendencia a un consumismo desatinado y socialmente regresivo, con esto se cumple con el principio de equidad, que en salud significa brindar la atención que cada uno necesita.

Desechamos la idea de que la Atención Primaria sea un servicio de salud para los marginados, reemplazándola por la de que todo buen sistema de salud se edifica desde una base de máxima sencillez y participación de los interesados.

Esta es una idea científicamente fundada y además democrática e integradora en términos sociales, que cada programa puede implementar en el marco de su disponibilidad de recursos.

La utilización a pleno de los recursos vinculados a la salud conlleva la necesidad de ordenamiento de la Red de Servicios de Salud Mental y la participación efectiva de los grupos y organizaciones comunitarias en el quehacer de la promoción y protección de la salud en general y de la salud mental en particular. La participación para ser un eje en esta transformación y en la medida en que promueve protagonismo, es en sí misma promotora de salud mental.

A través de esta breve introducción a A.P.S. y de la conceptualización de Salud Mental para lograr la primarización de la atención en Salud Mental se propuso:

1.1. Una organización del sistema de Salud Mental Provincial

Con cobertura de acciones con óptica preventiva en los tres niveles de prevención (promoción y protección de la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de crisis y patologías de salud mental, rehabilitación y reinserción social). Implementando programas a partir de tres niveles de atención (servicios de extensión comunitaria, servicios de Salud Mental en Hospitales Generales y Servicios de Salud Mental en Hospitales y Colonias Psiquiátricas).

Para esta organización necesitaríamos crear una red de servicios articulada que dé respuesta oportuna y adecuada a las necesidades de la pobla-

ción con el uso de la tecnología apropiada, adaptada a sus características particulares.

1.2 Extensión de cobertura

Significa contemplar acciones integrales, oportunas y eficientes para distintos grupos poblacionales (niños, jóvenes, adultos, ancianos), y sus problemáticas específicas (discapacitados, retraso mental, alcoholismo y drogadicción, etc.) propendiendo a que las mismas se desarrollen con la mayor accesibilidad (geográfica, económica, cultural).

1.3 Articulación intersectorial

Dado que la problemática de salud no se resuelve exclusivamente en el sector, lo que implica la necesidad de coordinar con diversos sectores intra e interjurisdiccionales (Educación, Obras Sociales, Trabajo, Asuntos Sociales, Entidades Intermedias y Organizaciones representativas de la comunidad, etc.) con el fin de optimizar los recursos para una mayor eficiencia en las acciones.

Estas propuestas fomentan la participación de la comunidad, el individuo y la familia en la planificación, organización, funcionamiento y el control de las acciones realizadas.

Para lograr estas propuestas era necesario prepararnos y preparar recurso humano adecuado.

2. CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS

La puesta en marcha de un plan de Salud Mental requiere entre otras cosas, la implementación de sistemas de capacitación adecuados, tendientes a formar recursos humanos en función de las acciones a realizar.

Esta política de formación de recursos debe considerar no sólo la relación con las estructuras formadoras del personal técnico, sino también con la política y los planes que la Secretaría Ministerio establece para el desarrollo de las actividades generales de Salud (proyectos a mediano y largo plazo, cálculos presupuestarios, zonificación y regionalización de la Provincia e información epidemiológica).

Es decir, la elaboración y puesta en práctica de una política de recursos humanos en salud, exige una visión simultánea de múltiples variables que interactúan entre sí.

Entre los aspectos más significativos que hay que tener en cuenta, está el de reorientar las acciones que permitan desplazar el objeto de estudio y práctica que pone énfasis en lo patológico, en la enfermedad, hacia la salud y la prevención de las enfermedades.

Esta definición implica modificaciones sustanciales en los contenidos y la metodología de las acciones de capacitación.

Por otro lado, se parte de considerar que las crisis vitales que afectan a una persona, no la comprometen sólo

individualmente, sino que incluyen al medio sociocultural en que está inmerso. La respuesta de la comunidad contribuye u obstaculiza la recuperación de la salud.

Por lo tanto, todas las acciones orientadas a capacitar los recursos humanos, tendrán que partir de un análisis y conceptualización de la salud y la enfermedad que debe incluir:

- a- Aspectos ecológicos
- b- Estudio de necesidades y recursos propios de la comunidad
- c- Evaluación de las Instituciones y su personal (sus objetivos y la adecuación de éstos)
- d- Evaluación de los recursos materiales (infraestructura, equipamiento, etc.) y humanos (formación teórico-técnica).

Para la capacitación de los recursos se propuso la creación de Cursos de Capacitación de postgrado que aborden la tarea con un enfoque interdisciplinario, tanto para nuevos profesionales (sistema de residencias y concurrencias), como para profesionales de planta (capitación en servicio) complementándose con eventos especiales (Congresos, Seminarios, Talleres, etc.), del sector, otros sectores y otras jurisdicciones (Educación, Trabajo, Acción Social, Municipalidades, etc.), Provinciales, Regionales o Nacionales.

3. INVESTIGACION PERMANENTE

Entendemos a la Investigación como un proceso inherente a todas las acciones, en todos los niveles, desechando la idea de que la misma funcione en forma aislada.

Era necesario estimular y desarrollar la investigación en el campo clínico, epidemiológico, de planificación, etc. incluyendo necesariamente a las Ciencias Sociales.

Se pensó que la acción-reflexión-acción se adaptaría como metodología fundamental. También incorporar el aporte de la Investigación Participante.

La investigación participante se caracteriza por su compromiso ideológico con el objeto de la investigación y se la puede describir como una actividad integrada que combina la investigación social, la labor educacional y la acción, teniendo como característica esencial el hecho de que el problema tiene su origen en la comunidad.

Su finalidad es la transformación estructural y el mejoramiento de la vida de las personas que quedan implicadas en el proceso de investigación.

La investigación participativa acentúa el aspecto práctico, aunque necesita de una base teórica, de madurez metodológica y de pruebas experimentales.

La investigación participante es un tipo de investigación que no sustituye a las demás; los métodos tradicionales también tienen su razón de ser y son complementarios ■

Construcción participativa del Programa de Salud Mental de la Provincia de Córdoba

Claudia Laub*
Isabel García**

El tema de la participación, es de un grado de interés particular en la Argentina de los últimos años.

Nos detendremos aquí en la experiencia de construcción participativa del Programa de la Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.

I. INTRODUCCION

Algo de historia

Históricamente nuestra provincia, se caracterizó por la hegemonía de un modelo tradicional psiquiátrico, de neto corte fenomenológico y organicista que dió sustento a una práctica asistencial de características asilares.

Si bien es cierto que en determinados momentos hubo trabajos en otro sentido, esos intentos aislados, atomizados, a partir de iniciativas y esfuerzos personales, lograron escaso desarrollo a través del tiempo. Tan es así que aún antes del advenimiento de la dictadura militar, en el año 1976, ya habían sido desarmados.

A partir del año 1976, más allá de los acuerdos políticos con el proceso militar en el poder, el sector dominante en la psiquiatría vió facilitada la tarea de consolidación de un modelo autoritario.

Al iniciarse el proceso democrático se abren posibilidades de cambios en la oferta de servicios, que ya eran demandados por sectores profesionales insertos dentro del sistema sanitario oficial y algunos que venían trabajando desde la práctica privada.

Pero es de hacer notar que el mandato social derivado de concepciones provenientes de la práctica médica, no sólo no exigía un cambio en la dirección sino más bien la convalidaba. La democracia, al permitir que se intente la

modificación de las concepciones del mandato social, y en la medida que facilita la posibilidad de ofrecer otras alternativas en salud dió lugar a que se expresen las distintas necesidades: ser escuchados, comprendidos, orientados y atendidos en su salud mental.

Desde 1984 a esta parte, la Dirección de Salud Mental, consciente de que ya no es suficiente la mera descripción de una situación determinada, sino que es menester la transformación de ella, se propone cambiar el eje ideológico en salud, a través de un modelo participativo, para poder cumplir con sus objetivos.

Algunas estrategias

Es así que dentro de este marco comienzan a desarrollarse un sinnúmero de acciones. Esto se plantea de este modo ya que "para poder integrar la Salud Mental en la realidad, en el Plan de Salud Provincial y en todas las acciones de Salud a realizar primero tendría que existir. No se puede integrar lo que no existe".

La estrategia tomará en cuenta:
— Integración intersectorial y jurisdiccional. Esta integración no sólo debía plantearse dentro del sector Salud sino también con otros sectores como: Justicia, Acción Social, etc., como así también, interjurisdiccionalmente con las acciones provenientes de Provincia, Nación y Municipalidad.

— Ampliación de cobertura a acciones de Promoción y Preven-

* Lic. en Sociología. Sub-directora de la Dirección General de Salud Mental de la prov. de Córdoba.

** Trabajadora Social. Coordinadora del programa de Salud Pública por la ciudad de Córdoba, Cooperación italo-argentina. Brasil 30, Córdoba.

Modalidad de Participación

Es necesario explicitar claramente una cosa: la Dirección de Salud Mental abrió espacios de participación donde en el mismo momento confluían la explicitación del eje ideológico, la reflexión (donde se intentaba recuperar la palabra de todos) y la capacitación de los agentes de salud mental que estaban y las de los que se incorporaban. Esto fue produciendo efectos de consolidación de un pensamiento que era político-técnico.

Es así como a través de los distintos espacios, reuniones con el Ministerio y su equipo, reuniones informales o para tratar temas puntuales, etc., se fundamentaban las acciones propuestas, se criticaba y se promovía la autocrítica en las distintas áreas, se marcaba permanentemente la coherencia programática y las desviaciones de la misma, mostrando los efectos positivos de la utilización de este modelo. Al incrementarse la información, se disminuían los prejuicios, creando así el espacio de Salud Mental en Salud.

En las Instituciones que dependían administrativa y normativamente de la Dirección de Salud Mental se convocaba a todo el personal. Con él se trabajaba el cambio del eje ideológico recuperando la palabra de todos los agentes. De ellos no surgía ninguna propuesta, sólo reclamos presupuestarios o de recursos humanos o materiales para la jerarquización del asilo, que brindara una sobrevida de custodia, dotada de confort material para los pacientes y fundamentalmente de bienestar para el personal. La tarea fue permitir que en la atención de estas situaciones coyunturales se pudieran ir visualizando juntos, los cambios necesarios para la refuncionalización de estas instituciones.

Las resistencias que aparecían provenían de grupos con diferencias ideológicas a la nueva propuesta, otros que tenían dudas acerca de la continuidad del proceso democrático y otros que con desconfianza estaban dispuestos a trabajar por el cambio. También contábamos con los que querían explícitamente el cambio.

Se llevó a cabo una amplia con-



vocatoria a profesionales de dentro y fuera del sistema sanitario oficial a través de seminarios y jornadas donde se proponía:

- conocerse,
- intercambiar experiencias,
- alcanzar algunos niveles de conceptualización.

Sumándose profesionales que habían realizado distintas experiencias en el país y en el extranjero, que pudieran aportar elementos al cambio del eje ideológico y facilitar el cuestionamiento del modelo en funcionamiento.

Se convocó además a distintos profesionales del medio para que a través de un trabajo de capacitación se contribuyera como un elemento más a la refuncionalización de los Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales que sólo dependen normativamente de la Dirección de Salud Mental.

Uno de los obstáculos en este área fue la visualización de la necesidad de dar una respuesta sanitaria a la demanda.

Así mismo, se aceptaban invitaciones de otras jurisdicciones como la Universidad Nacional de Córdoba, en Cátedras de distintas carreras cuya responsabilidad en la formación del post-grado, hacía a la capacitación de los recursos humanos del sistema de salud.

En este intento de llegar a la población se abrieron espacios en los medios de comunicación de masas, tales como programas televisivos y radiales, en los cuales a partir de problemáticas que pro-

ción, así como el logro del mejoramiento de la asistencia, procurando que ella sea equitativa para toda la población.

— Desplazamiento del eje ideológico institucional centrado en el modelo hospital-enfermedad hacia el de salud-individuo-comunidad.

Los ejes referenciales para todo el accionar fueron:

- a) Primarización de la Atención de la salud mental.
- b) Capacitación de los Recursos Humanos.
- c) Investigación permanente.

Este cambio se lleva adelante operando sobre tres instancias:

- 1) La política, trabajando con las conducciones político-técnicas de las distintas áreas de gobierno.
- 2) La técnica propiamente dicha, trabajando con quienes administran y operan en salud mental.
- 3) La comunidad, mediante el trabajo de campo concreto y la información a través de los medios masivos de comunicación.

Por cierto todos estos pasos que buscaban la transformación de una realidad se dieron en forma simultánea, sin poderlos separar cronológicamente. Lo hacemos en este trabajo al solo efecto de reordenarlos y distribuir todas las acciones realizadas en estos años, a fin de poder transparentar el camino que nos permitió llegar en 1987 a proponernos la construcción participativa del programa provincial.

mativa¹. Nos propusimos construir la viabilidad de un plan futuro abriéndole camino con decisiones viables en el presente. El plan surgiría diseñando las cadenas de acciones necesarias para crear una alta probabilidad de éxito en el cumplimiento de los objetivos.

Más que planificación estratégica en esta etapa, intentamos incorporar un pensamiento estratégico "como una manera de ponerse en situación, de aproximarse a alcanzar la meta: ganar espacio, ganar tiempo, establecer condiciones favorables a nuestro propio desempeño".

En esta construcción buscamos una estrategia que estimulara la participación intentando que la mayor cantidad de agentes de Salud Mental se conviertan en protagonistas, con una actitud favorable a la transformación y construcción de un sistema de Salud Mental. Participación que posibilitara mayor representatividad para la planificación.

Varios equipos comunitarios habían sido estimulados y habían intentado aplicar la investigación participativa. Nos pareció adecuado realizar la misma desde el nivel central con todos los agentes de los efectores (hospitales, etc.). Esto daría su aplicación posterior en el trabajo con la población.

La investigación participativa nos dió un encuadre y herramientas metodológicas coherentes con nuestra propuesta.

1. Dicha planificación se caracteriza por una brusca discontinuidad entre historia y futuro programado. El futuro se proyecta como acto de voluntad normativa con una desconexión entre lo necesario y lo posible; donde la viabilidad del plan aparece como determinada y no como algo que se construye "... Matus,"

cupaban a la misma, como derechos humanos, drogadicción, locura, salud, etc., permitieron explicitar la propuesta de transformación en salud mental.

Esto llevó a mantener un espacio en los medios locales que permitió difundir más exactamente la propuesta.

Programas en desarrollo de la Dirección de Salud Mental

Como decíamos al principio simultáneamente se iba dando la apertura de nuevos programas:

- * Atención Comunitaria
- * Residencia Interdisciplinaria
- * Concurrencias Programadas
- * Programa de Atención al Joven
- * Taller Protegido Terapéutico
- * Empresas Sociales: una opción autogestiva para personas rehabilitadas

Refuncionalización de programas existentes en:

- * Hospitales Psiquiátricos
- * Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales, etc.

Interjurisdiccionalmente con: Municipalidad y Nación.

II. REFLEXIONES ACERCA DE LOS SUPUESTOS METODOLOGICOS Y DEL PROCESO

El Programa tenía como propósito afianzar las realizaciones, articulando las acciones, pensando que se había logrado si no un paradigma común, al menos algunos acuerdos que iban a permitir avanzar a lo largo de 1987 en la construcción del Programa Provincial de Salud Mental.

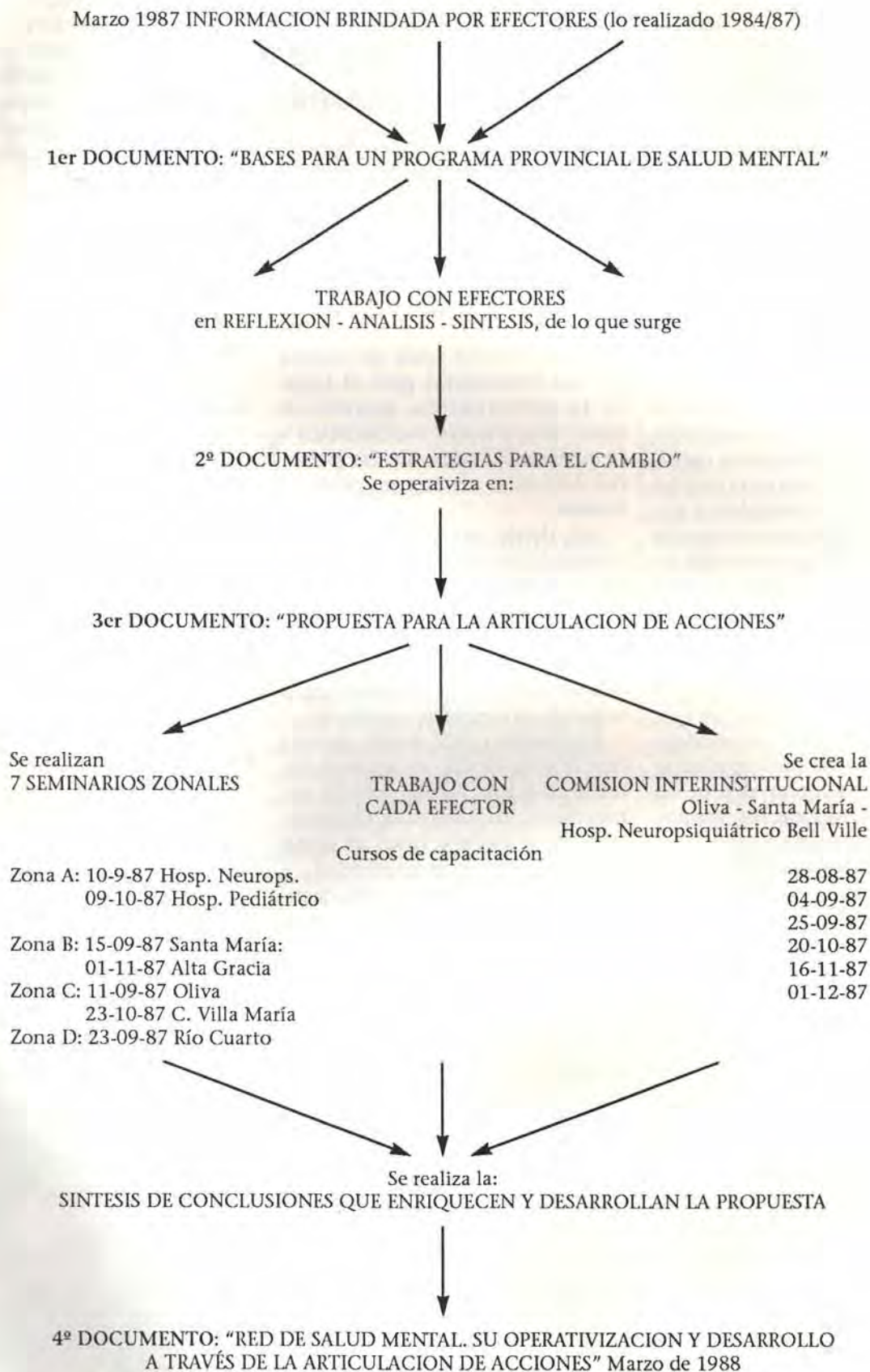
Se pensó en tomar elementos de la planificación estratégica, evitando caer en una planificación nor-

La investigación participativa es un proceso de investigación social en el cual un grupo integrado por investigadores profesionales y por personas de la misma población estudiada, procura el conocimiento objetivo de la realidad social, generalmente con el fin de actuar sobre ella para modificarla. Los miembros de un grupo tomados como objeto de estudio co-participan en el proceso de indagar y reflexionar acerca de su propia realidad para generar conocimientos acerca de ella y, eventualmente, actuar sobre ella.

Se la puede enfocar desde distintos ángulos, todos ellos útiles para nuestro trabajo:

- a) como una estrategia para el logro de una forma de acción social basada en la participación informada y reflexiva acerca de las condiciones en las que dicha acción se realiza.
- b) como una postura epistemológica, en tanto postula una modalidad de conocimiento de la realidad. El conocimiento, obtenido con una metodología rigurosa, es una condición para la participación real, y los objetos de conocimiento se transforman en sujetos comprometidos en la construcción del conocimiento. Así es necesario incluirlos en la realización de los estudios descriptivos y explicativos necesarios para la toma de decisiones y para la programación y ejecución de las acciones correspondientes.
- c) desde una perspectiva pedagógica puede ser considerada como un método de educación no formal, por la oportunidad que ofrece de aprender a definir y analizar sistemáticamente problemas, así como a formular alternativas de resolución.

Pasos en la Construcción del Plan Provincial



Desde esta perspectiva permite que las personas se entrenen para incluir en la vida cotidiana criterios que posibiliten una progresiva comprensión coherente y racional de los fenómenos y poder tomar distancia respecto a su realidad pudiendo construir un conocimiento organizado acerca de ella.

Las representaciones sociales de la participación, la investigación y la cultura son el marco de referencia que debe ser tenido en cuenta pues este será facilitador o inhibidor de la posibilidad de alcanzar los objetivos.

La concepción académica de la cultura (identificada con un alto nivel de educación formal) establece una división entre los expertos y los que no lo son y se concibe a la investigación como tarea exclusiva de expertos, desvalorizando las posibilidades de reflexión y conocimiento de quienes carecen de ese nivel. De allí la necesidad de contar con un grado de aceptación de la necesidad de conocimiento, de su utilidad, y de las propias posibilidades de contribuir a un proceso de investigación.

Para la implementación de esta construcción, tomando el modelo de la Investigación Participativa se hizo necesario adaptar el proceso a las condiciones de los grupos con los que se llevaría a cabo.

En general, los modelos hacen referencia a grupos comunitarios, de modo que para realizar nuestro trabajo con instituciones hemos adecuado las secuencias y tareas. Sobre todo creemos que lo que hemos incorporado son los fundamentos ideológicos y una actitud².

En cuanto al Proceso de Construcción Participativa (Ver gráfico 1) no vamos a detallar el mismo en esta nota, solamente diremos que se tuvieron en cuenta:

1. El desarrollo histórico de las acciones en Psiquiatría y en Salud Mental de la Provincia de Córdoba.
2. La caracterización geográfica, demográfica, educacional, cultural y económica de salud.
3. Los fundamentos ideológicos y políticos que sustentan al ac-

2. Por actitud entendemos la conducta en el trabajo que refleje coherencia entre el discurso explícito y los supuestos básicos subyacentes.

tual período de gobierno.

4. El diagnóstico de Salud Mental en 1984.
5. Los objetivos propuestos para el período 1984-1987.
6. La fundamentación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
7. El desarrollo de las acciones realizadas en dicho período.

Se optó por Seminarios-Talleres en los cuales se redactaban documentos para su futura discusión.

III. LOS LIMITES DE LA PARTICIPACION

Es importante tener en cuenta que las resistencias para el logro de la participación, provienen tanto del contexto sociopolítico e institucional, como de las personas incluidas en la convocatoria misma.

Así, desde una perspectiva macrosocial, la existencia de posibilidades de libre organización de la población en instituciones, es una condición sociopolítica facilitadora. La participación democrática tiene dificultades para desarrollarse en el marco de un proyecto autoritario.

En nuestro país donde se está transitando desde un sistema autoritario a una forma política democrática, los niveles de organización social son aún bajos así como los niveles de representatividad.

También se debe tener en cuenta la tradición de participación y de reflexión existente en el funcionamiento interno de las instituciones.

En general, cuando se ofrece o se solicita participación activa, ésta suele consistir en colaboración sólo para complementar actividades (inclusive en instituciones que se declaran participativas).

La reflexión sobre el funcionamiento institucional a veces suele ser vivida como un ataque.

El alcance deseable y posible de participación requiere prever el tipo de personas que integrarían el proceso, así como las etapas y tareas en las que se incluirían. Esta participación se redujo muchas veces a la retroalimentación (participación=información, presencia). Aunque ello implique un bajo nivel de participación, el hecho de que la entrega de información

recogida por algunos técnicos no se postergue hasta el final del proceso de programación y que se vayan discutiendo los resultados parciales, permite que los agentes de Salud Mental avancen en la elaboración de ideas y que se asigne importancia a sus opiniones, para incluirlas en etapas siguientes del trabajo, incrementando su participación real cuantitativa y cualitativa ■

Bibliografía

- Testa, M., Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud.
- Rigal, L., Sobre el sentido y uso de la Investigación-acción. En *Crítica y Política en Ciencias Sociales*.
- Brusilovsky, S., Investigación participativa: un método de educación no formal. *Revista Argentina de Educación*.
- Demo, P., Investigación Participante. Mito y Realidad, Ed. Kapelusz.
- Rapela, D., Desarrollo en Salud Mental en tres años de Gobierno Democrático, 1986. (Trabajo presentado en la Escuela de Salud Pública).

Documentos de la Dirección General de Salud Mental:

- Bases para el Programa de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, 1987.
 - Estrategias para el cambio, 1984-87.
 - Propuestas para la articulación de Acciones de Salud Mental, 1987.
- Cabeza de Oviedo, M., Modelo Autoritario, modelo participativo.

Empresas Sociales:

Una opción autogestiva para personas rehabilitadas

Mabel Campana*
Mayra López**

Introducción

A partir de los primeros meses del año 1990, la Dirección General de Salud Mental de la Prov. de Córdoba, decide la creación de un programa especial denominado Empresas Sociales. Este programa tiene como fin: organizar un ámbito que promueva y/o recupere hábitos laborales en personas psíquicamente compensadas, lo que les permitirá desarrollar capacidades autogestivas y una progresiva inserción en el mercado laboral. Personas psíquicamente compensadas hace referencia a las personas que tuvieron una crisis en su salud mental y que luego de transitar, en la mayoría de los casos, por un largo camino de rehabilitación con internaciones en las instituciones psiquiátricas y recibiendo diferentes terapéuticas lograron recuperarse y recuperar o crear hábitos.

Para lograr la inserción laboral, partimos de considerar que la rehabilitación no es un proceso que culmina cuando la persona alcanza un cierto grado de destreza, sino que es un proceso más activo y dinámico sin un tiempo determinado adaptado flexiblemente a las circunstancias y características

especiales de cada persona. La etapa siguiente de este proceso se refiere a la reinserción de la persona en la sociedad por medio de la realización de una actividad productiva y remunerativa, fortaleciendo sus capacidades y habilidades, como así la reafirmación de su autoestima.

Por último al mencionar la autogestión consideramos importante establecer las características especiales que sirven de marco para la gestión de una empresa por los que trabajan en ella. Cabe destacar, en primer lugar, que los proyectos productivos surgen desde las instituciones para luego desprenderse paulatinamente e integrarse a la red existente en la Comunidad de pertenencia. Este proceso debe ir acompañado de una real participación de los protagonistas en la toma de las decisiones y en la ejecución de las mismas, con sus consabidas marchas y contramarchas, en la búsqueda de su propio autogobierno. Se pueden plantear diferentes modalidades de organización y agrupación, siendo la más adecuada desde el punto de vista de la salud mental, la agrupación cooperativista de los grupos humanos, ya que fomenta el esfuerzo propio, la ayuda mutua y la solidaridad.

Las metas fundamentales que sustenta el programa de Empresas Sociales son: la autogestión solidaria y la recuperación del valor productivo y socio-económico de las

* Trabajadora Social. Coordinadora del Programa Empresas Sociales de la Dirección General de Salud Mental de la Prov. de Córdoba.

** Técnica en administración de empresas Brasil 30. Córdoba.



personas que han pasado por un prolongado período de aislamiento y marginación social. Es necesario tener presente que todo ser humano pertenece a un medio social y productivo en el cual se desarrolla. Cuando a partir de una crisis en su salud mental, pierde su rol social productivo, sufre una doble marginalidad. Hasta el momento, nuestro sistema sanitario favorece, en el mejor de los casos, la reinserción familiar y social, no así la productiva. Es por ello que el programa se propone fundamentalmente la recuperación de este importante valor.

Una experiencia concretada

El Taller Protegido Terapéutico Córdoba, dependiente de la Dirección General de Salud Mental, funciona desde el año 1988(1). Se lo puede definir como "un lugar de rehabilitación con orientación laboral, en un medio ambiente controlado, con metas vocacionales individuales".

El paciente-operario, una vez que ha ingresado al taller, se capacita en diferentes oficios (herrería, carpintería, pintura, costura, tejido), con apoyatura terapéutica brindada por el equipo interdisciplinario del Taller.

Una vez transcurridos aproximadamente 12 meses, en donde el operario capacitado ha vivenciado una experiencia laboral y debe egresar, es entonces, el momento en el que sufre una nueva separación, que es sentida interiormente como una "pérdida".

A partir de esta situación, se planteó en las reuniones familia-

res que se realizan como parte del programa que lleva adelante el Taller Terapéutico, la creación de una entidad que agrupara a los egresados del Taller ya mencionado. Una vez obtenida la información y el asesoramiento necesario, se decidió el día 29-12-89, constituir una comisión abocada a redactar el estatuto y reglamento de esta organización denominada

zan en un Centro Cultural perteneciente a la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba.

Dentro de la programación de la Mutual, se están organizando diferentes actividades que apuntan a la promoción e integración de ésta en la Comunidad, como un recurso más en el mercado laboral existente. El funcionamiento de la misma podría compararse con el

Cuadro 1 DEL ESTATUTO Y REGLAMENTO DE LA MUTUAL

Del Estatuto:

"...ARTICULO 2: Sus fines y objetivos serán los siguientes: a) fomentar la ayuda recíproca entre sus miembros para satisfacer sus necesidades, b) prestar servicios de promoción laboral, c) otorgar becas de capacitación...". (En este Artículo se hace mención a otros servicios como por ej. proveer de vivienda a los socios, ya sea adquiriéndola, construyéndola o haciéndola construir, pudiendo entregarla en uso, o en propiedad, según lo establezca la reglamentación; servicios de asistencia médica integral, etc.).

ARTICULO 3º: Los servicios precedentemente enumerados se prestarán a medida que lo permita el estado económico y previa reglamentación de los mismos aprobada por la Asamblea de socios y la autoridad de aplicación.

Del Reglamento:

"...TITULO I - ARTICULO 1º OBJETO: La reinserción socio-laboral del rehabilitado es el fin de la Asociación Mutual Pro-reinserción Socio-Laboral Córdoba, según lo establecido en el Artículo 2º Inc. "a", "b" y "c" de su Estatuto, destinado a los asociados que han tenido tratamiento de rehabilitación, en cualquiera de las categorías previstas en el Artículo 7º de mismo. (Este Artículo hace referencia a las categorías de los asociados: Activo, Participantes, Adherentes y Honorarios). ARTICULO 2º MODALIDADES: El servicio previsto en este Reglamento podrá brindarse con las siguientes modalidades: a) como promoción laboral, b) con el otorgamiento de becas de capacitación.

TITULO II - ARTICULO 3º BENEFICIARIOS, USUARIOS Y PRESTADORES: Podrán ser beneficiarios y Prestadores del servicio todos los socios que hayan tenido tratamiento de rehabilitación y que se encuentren al día con sus obligaciones sociales. Podrán ser Usuarios del servicio los socios en general que se encuentren al día con sus obligaciones sociales.

TITULO III - ARTICULO 4º ADMISION, INGRESO Y EGRESO: Será condición de admisibilidad la prestación de: a) Certificado Médico del Taller Protegido Terapéutico Córdoba, que acredite el estado de evolución alcanzado (aptitud psico-física). b) Certificado de capacitación rehabilitación técnica que será expedido con firma de un miembro del equipo profesional y del monitor del Taller..."

"...Los demás artículos que componen tanto el Estatuto como el Reglamento son de forma..."

Mutual Pro-Reinserción Socio-laboral Córdoba.

Es en este momento en el que intervino el programa de Empresas Sociales, a fin de colaborar, promover y asesorar técnicamente.

Luego de un largo período de trabajo, se obtuvo la personería jurídica aprobada por el I.N.A.M. (Instituto Nacional de Asociación Mutualista), concretándose de este modo la salida laboral dentro del marco legal correspondiente.

Las reuniones ordinarias del órgano directivo, conformada por familiares, allegados a los egresados y transitoriamente por técnicos del Taller Protegido, se reali-

de una bolsa de trabajo. Se reciben los pedidos únicamente de los socios, se acuerda un presupuesto y se fijan tiempo y condiciones de la entrega de los trabajos.

Cabe destacar que por el objeto social que persigue, y la modalidad de funcionamiento de esta Mutual la hace única en su tipo, ya que cumple la función de eslabón entre este grupo de personas capacitadas laboralmente y el espacio alternativo para la reinserción y recuperación del valor productivo y socio-económico de cada ser humano.

(1) El Taller Protegido Terapéutico Córdoba se crea a partir de un convenio celebrado entre Nación (Talleres Nacionales Protegidos) y la Provincia de Córdoba (Dirección Gral. de Salud Mental). Está ubicado en el predio del Hospital Provincial Neuropsiquiátrico Córdoba, en la intersección de las calles Américo Vespucio y Arenales de Barrio Juniors. El Coordinador del mismo es el Dr. Diego Courel, acompañado por un equipo profesional interdisciplinario (trabajadora social, psicóloga) monitores y personal administrativo. El número de operarios bajo programa es aproximadamente de 30 personas, mayoritariamente de sexo masculino, cuyas edades promedian los 30 años.

MOMENTOS QUE CONFORMAN EL PROCESO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE LAS PERSONAS REHABILITADAS (Esquema General)

1er. MOMENTO: INGRESO AL TALLER PROTEGIDO TERAPÉUTICO CORDOBA

a. Para efectuar la derivación se debe solicitar una entrevista al equipo profesional del taller, presentando el programa de seguimiento del paciente.

b. Se confecciona la ficha de ingreso para la evaluación posterior realizada por el equipo profesional del taller, decidiéndose la admisión o no del paciente.

c) Articulación: se acuerda que el equipo tratante será el responsable del paciente en relación al tratamiento asistencial, el equipo profesional del taller de la rehabilitación laboral y los monitores de la capacitación laboral (todo el trabajo será realizado en forma conjunta).

* Requisitos:

a) Pacientes con residencia en Córdoba (capital) o zona cercana, que permita el traslado diario.

b) Que se encuentren en tratamiento ambulatorio o próximos a su externación. Sólo se exceptúan algunas patologías tales como: oligofrenias, demencias y psicopatías agresivas.

c) Personas de ambos sexos, de 18 a 60 años.

2do MOMENTO REHABILITACION Y CAPACITACION LABORAL

*Secciones de trabajo en el taller
— Carpintería, Herrería, Tapicería y Pintura para hombres.

— Tejido y costura, para mujeres.

* Características generales de funcionamiento

Las actividades se desarrollan desde las 7:30 hasta las 14:00 hs., alternándose el trabajo grupal con el individual, los horarios de desayuno, almuerzo y descanso

*Egreso y Seguimiento:

Transcurrido un lapso de aproximadamente doce meses el operario ya puede egresar en función de las evaluaciones realizadas por el equipo.

3er MOMENTO INSERCIÓN LABORAL (Ingreso a la Mutual)

*Modalidad de funcionamiento

Todo operario egresado del taller puede ingresar a la mutual en condición de socio.

Para las personas interesadas en solicitar trabajos a la mutual (trabajos que estén relacionados con la capacitación adquirida por los operarios), es necesario:

— Asociarse a la Mutual, es decir, abonar mensualmente una cuota cuyo importe es equivalente a un boleto de 1ra sección del transporte urbano de pasajeros.

— Al presentar el pedido del trabajo, se confecciona un presupuesto, de ser aceptado éste se fijan las condiciones de pago y tiempo de entrega.

Por la tarea realizada por los becarios, perciben una remuneración económica en forma de beca, ya que no existe relación de dependencia.

Es importante destacar que esta mutual es una salida concreta de trabajo, pero no

la única, ya que con la capacitación y experiencias obtenidas en el ámbito socio

laboral, podrán desempeñarse inde-

pendientemente de la Mutual.





DOMINGO CABRED y el asilo de puertas abiertas

Hugo Vezzetti*

1. Domingo Cabred

La creación de la Colonia Nacional de Alienados Open Door se corresponde con un momento de notable expansión del sistema asistencial público y, en particular, con un proyecto de modernización de las instituciones destinadas a la locura. Domingo Cabred había sucedido a Lucio Meléndez tanto en la dirección del Hospicio de las Mercedes como en la cátedra de Patología Mental, de modo que estaba colocado en la cúspide del dispositivo institucional de la psiquiatría argentina. Si Meléndez había sido el fundador del campo, Cabred encarna el momento de la consolidación institucional de la medicina mental, ante todo por su labor de organización de la cátedra universitaria y del hospicio de acuerdo con el patrón de una clínica psiquiátrica que debía asimilarse lo más posible a los parámetros propios de las especialidades clínicas. Pero ese papel cumplido por Cabred no puede separarse, por otra parte, de su función ejecutora de una red pública de establecimientos asistenciales —no sólo psiquiátricos— que colocan las bases de un sistema nacional y estatal en el cual los problemas de la patología mental alcanzan un relieve y un reconocimiento nuevo dentro del campo médico.

Si la psiquiatría ocupaba en la Argentina —como por otra parte ha sido el caso común en su constitución moderna— un lugar atípico entre las especialidades médicas, nadie estuvo en mejor posición que Cabred para encarar la tarea de jerarquizarla y legitimarla; centralmente, por el modo en que combinó en su trayectoria pública su labor propiamente psiquiátrica con la de sanitarista y reformador de la medicina pública. En esa combinación inusual radica su perfil singular: psiquiatra de significativo prestigio y, a la vez, médico dedicado a la salud pública en el camino abierto por los higienistas argentinos Wilde, Rawson y Coni.

Domingo Cabred nació en Paso de los Libres, Corrientes, en 1859(1) pero siguió sus estudios, desde el nivel elemental, en Buenos Aires, donde ingresó a la facultad de Medicina en 1875. Su formación universitaria y sus primeros años de actuación profesional

se produjeron, entonces, en los años que van desde la presidencia de Avellaneda al fin del siglo, en un período caracterizado por una profunda transformación de la sociedad y el estado argentinos. Son los años de "la conquista del desierto", la federalización de Buenos Aires y las leyes de educación y registro civil; cambios de todo tipo afectan la vida de "la gran aldea" a partir de la explosión demográfica de origen inmigratorio. Esas transformaciones, por otra parte, tienen una concreta expresión en la fisonomía de la flamante capital: primer adoquinado, teléfonos y tranvías, construcción del puerto, pero también conventillos y prostíbulos, crisis económicas y políticas, delincuencia e incremento de los problemas sociales y de salud pública. Por entonces Torcuato de Alvear, intendente de Buenos Aires bajo la primera presidencia del General Roca, produce la transformación modernizadora más ambiciosa que conoció la capital argentina.

Cabred es un hombre de esa época; heredero de los hombres públicos del '80, su trayectoria se sitúa entre las primeras crisis del proyecto liberal oligárquico y el ascenso del radicalismo. Comenzó su carrera hospitalaria en el viejo Hospicio de las Mercedes como practicante y allí continuó por cuarenta años: médico interno en 1884, subdirector en 1892 y director —sustituyendo a Meléndez— al año siguiente y hasta su retiro en 1916. Paralelamente fue ocupando las posiciones de mas alta responsabilidad en la cátedra —convertida por Cabred en Clínica psiquiátrica— en la que fue profesor suplente y Jefe de clínica hasta que reemplazó a Meléndez como titular en 1893.

Desde el comienzo de su gestión al frente del hospicio encaró una modernización de la institución que combinaba la extensión y sistematización de la organización médica de la asistencia (con la implementación integral del sistema médicos internos, la creación de salas de clinoterapia y de vigilancia continua) con una consideración atenta a la dimensión propiamente institucional en la gestión de los internados. En ese sentido, la institución del *peculio* para los que trabajaban en los talleres agregaba a la función moral del trabajo —destacada desde mucho antes en el paradigma pineliano— el carácter de una relación cuasi salarial; allí se anticipa la lógica social de construcción de una comunidad de locos integrados y asimilados por el trabajo, matriz esencial del modelo a construir en la colonia.

* Prof. Titular de Historia de la Psicología, Fac. Psicología, UBA e Investigador del Conicet. Estado de Israel 4215 2º "Fte", 1185 Capital

En Europa, donde estuvo más de una vez (y siguió los cursos de Charcot y de Magnan(2)) había tomado contacto con la psiquiatría francesa y alemana; en París representó oficialmente a la Argentina en el Congreso Internacional de Medicina Mental en 1889. Un año antes había viajado en misión oficial para estudiar la organización de los manicomios europeos y volvió a hacerlo en 1896 para estudiar los asilos abiertos y los institutos universitarios de la especialidad. Siguiendo esos modelos construyó, en el Hospicio de las Mercedes, el Instituto de Clínica Psiquiátrica, con una serie de servicios y centros anexos, entre ellos el Laboratorio de Anatomía Patológica para el cual contrató en Alemania a Cristofredo Jakob.

Por otra parte, su obra sanitaria excede ampliamente el campo psiquiátrico y, de acuerdo con Osvaldo Loudet fue, en ese ámbito, virtualmente un "ministro sin cartera" durante varios gobiernos(3). En su gestión propiamente sanitaria impulsó iniciativas de medicina pública sobre alcoholismo, lepra, tuberculosis y cáncer; pero su labor fundamental la cumplió como iniciador y presidente de la Comisión de Hospitales y Asilos Regionales que construyó una extensa red hospitalaria a lo largo del país(4).

2. La Colonia Nacional de Alienados

En mayo de 1899 se inauguraron las obras de la Colonia Open Door, en una ceremonia a la que asistió el Presidente Julio A. Roca y en la que Cabred pronunció el "discurso inaugural" que se publica aquí. Dos años después el establecimiento comenzó a recibir los primeros internados y a partir de allí su población creció rápidamente.

La presencia de Roca destaca el marco propiamente político de esa creación. Por una parte, porque simbolizaba la decisión de una gestión estatal y centralizadora, comprometida con la reforma integral del sistema sanitario, pero, al mismo tiempo, porque integraba la locura al cuadro de las patologías —mayormente sociales— que acompañaban la transformación desorganizadora de la sociedad tradicional. En todo caso, el reconocimiento nacional e internacional que Cabred recibió derivaba justamente de esa unificación de su acción sanitarista, frente a una diversidad de patologías, bajo la raíz común del esfuerzo por adecuar las viejas estructuras asistenciales a las condiciones de un país en vías de cambio acelerado.

Cuando el General Roca lo destaca entre sus colaboradores y lo compara con el General Richieri —el creador del servicio militar obligatorio—(5) parece

señalar un hilo estratégico de unión entre la función del servicio militar —que explícitamente perseguía un objetivo de unificación nacionalizadora de la sociedad argentina— y la cadena hospitalaria y asilar nacional debida a la acción de Cabred. En todo caso, inmigrantes e hijos de inmigrantes eran los destinatarios de ambas empresas.

Pero al mismo tiempo, en la proyección del asilo-colonia, emerge una intención de reforma del paradigma alienista en términos de un desplazamiento desde la figura central del alienista soberano en el manicomio (que Meléndez encarnó plenamente: insistía, con razón, en considerarse el único especialista de su tiempo) hacia los efectos de la institución como sistema. En realidad, con la contratación de C. Jakob y la incorporación de los recursos del laboratorio puede pensarse que se afectaba también, por otra vía, ese relieve moral —y aun traumatúrgico— que emanaba del alienista en su relación directa de conocimiento y tratamiento sobre el loco.

De cualquier modo, la clínica de Cabred (que no es objeto de este trabajo) era, al parecer, menos diferente de la de Meléndez(6) que lo que podían hacer suponer los nuevos recursos de diagnóstico y tratamiento incorporados a la institución. Si con ello se abre una distinción necesaria entre su función institucional organizadora y las características de su práctica clínica (de la cual, en general, no se han ocupado los historiadores de la psiquiatría argentina), queda, igualmente, planteado un interrogante acerca de la relación más bien problemática entre la inspiración médica de su modelo psiquiátrico en la cátedra y la lógica social con la que construye y fundamenta su proyecto de colonia. Entre la promoción del abordaje "neuropsiquiátrico" — en el cual Jakob hizo escuela— y los presupuestos sociológicos naturalistas que subyacen a la exaltación de la comunidad de "puertas abiertas", la obra de Cabred muestra, por lo menos, una inicial bifurcación, la separación de dos lógicas frente a la locura, características —aun contemporáneamente— de la psiquiatría argentina.

3. El sistema de "puertas abiertas"

Inspirado en experiencias inglesas que se remontan a la primera mitad del siglo XIX (las de John Conolly comienzan en 1839), el sistema es definido por Cabred como "un conjunto de disposiciones de orden material y de régimen interno que tienden, todas, a dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, a proporcionar a sus moradores la mayor suma de li-

bertad, compatible con su estado de locura, y a hacer del trabajo uno de los elementos más importantes del tratamiento moral”(7). El objetivo de la reintegración social del loco (al menos como valor simbólico ya que es difícil evaluar su cumplimiento efectivo) comienza por esa proyectada reforma del manicomio que lo aproxima a una pequeña comunidad rural.

En ese giro del abordaje de la locura se entrecruzan diversos reajustes de las nociones que guiaban el diagnóstico y el tratamiento de aquellos a los que Cabred continúa llamando —como Pinel— “alienados” antes que enfermos mentales. Por una parte, hay una aproximación —al menos simbólica— del loco a la condición de un ser humano con derechos y obligaciones, básicamente un sujeto social, destinado a una actividad laboral **productiva**. La centralidad del trabajo al aire libre se sostiene en una serie de razones; es inmediatamente higiénico, por la retribución que merece devuelve al “alienado” signos de su utilidad social, y, finalmente, contribuye a reducir significativamente los costos del establecimiento.

Al mismo tiempo, es evidente que la locura así concebida es menos una afección de la razón que una **desviación de la conducta**, a partir de causas que remiten tanto a factores corporales como a condiciones sociales y de educación. A partir de ello, hasta el presente, una dirección de la psiquiatría moderna pudo tender a constituirse por los cambios de una modalidad de **moral management** que la alejó de los marcos de la medicina científica. En este sentido, un fundamento necesario del **non restraint system** es el cambio en las ideas acerca del papel de los factores sociales en la génesis de las afecciones mentales. Del paradigma inicial que ponía el acento en el papel “interno” de las pasiones se pasa a un enfoque que acentúa el papel del **medio**.

Surgido en el curso de la reforma británica de los manicomios —y de la progresiva estatización de la gestión pública de la locura— el sistema plasmado por John Conolly se sostiene en la convicción utilitarista que destaca el papel del ambiente y de la organización externa, movimiento que encuentra en el panóptico de J. Bentham su expresión ejemplar: en él se reúnen la mayor libertad personal posible con un sistema de vigilancia permanente y efectivo(8). Los recursos de intervención más importantes para Conolly eran la alimentación, la salud corporal y al educación, entendida ésta como la interiorización de pautas ordenadas de conducta a través del trabajo o de actividades sociales especialmente programadas.

De cualquier manera, en la insistencia de Cabred sobre el papel terapéutico del campo y las labores

agrícolas puede descubrirse la pervivencia de un culto romántico —o aun rousseauiano— por la naturaleza, purificante frente a los males de la gran ciudad. Y esto justamente en momentos en que los desórdenes de la vida de Buenos Aires —focalizados en la figura del inmigrante— presionan hacia una significación propiamente urbana de la locura, asociada a la agitación y la mezcla de jerarquías y lugares. En todo caso, la amplia aceptación del modelo no es ajena a esa virtual reconciliación que la colonia hace posible entre el modelo liberal-utilitarista de una organización productiva y la restauración romántica y conservadora de una comunidad natural asimilable a una familia ampliada. En las visiones que se superponen de esa proyectada “sociedad de locos” no cuesta demasiado advertir los enfoques correlativos de la “cuestión social”: la implementación de políticas estatales sobre los efectos socialmente desintegradores de la modernización capitalista puede acompañarse de ideas tradicionales que imaginan la restauración posible de formas de organización social ajenas a los conflictos de ese tiempo ■

Notas

1. Sobre Domingo Cabred, véase: O. Loudet; O. E. Loudet, *Historia de la psiquiatría argentina*, Bs. As., Troquel, 1971, pp. 61-71. A.A. Guerrino, *La psiquiatría argentina*, Bs. As., Edic. Cuatro, 1982, pp. 150-155. O. Loudet, “Domingo Cabred: un alienista constructivo”, en *Médicos Argentinos*, Bs. As., Huemul, 1966, pp.143-157.
2. A. A. Guerrino, op. cit., p. 150.
3. O. Loudet, “Domingo Cabred: un alienista constructivo”, op. cit. El autor consigna que Figueroa Alcorta le ofreció un ministerio (p. 153).
4. La comisión, creada por Ley 4953 de 1907 creó los siguientes establecimientos: 1º) Asilo Colonia Regional Mixto de Alineados de Oliva, Córdoba; 2) Sanatorio Nacional de Tuberculosis de Santa María, Córdoba; 3) Hospital Comun Regional del Chaco, Resistencia; 4) Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados de Torres, provincia de Buenos Aires; 5) Hospital Común Regional del Centro de Bell Ville, provincia de Buenos Aires; 6) Hospital Regional Común de Río Negro; 7) Asilo Nacional Nocturno en Capital Federal; 8) Asilo Colonia Regional de Niños Abandonados en Olivera, provincia de Buenos Aires; 9) Hospital Común Regional Andino Presidente Plaza, La Rioja; 10) Hospital Regional Común de Misiones, Posadas.
5. Hay dos hombres a los cuales no puedo negarles nunca lo que me piden: el general Richieri y el Dr. Cabred”, habría dicho Julio A. Roca según Osvaldo Loudet: “Domingo Cabred:...”, op. cit., p. 155.
6. Sobre la clínica de Cabred, véase el artículo ya citado de O. Loudet, pp. 148-150.
7. D. Cabred, *Discursos sobre asilos y hospitales regionales en la República Argentina (ley 4953)*, p. 26. Sobre el sistema de Conolly véase Klaus Dörner, *Ciudadanos y Locos*, Madrid, Taurus, 1974, pp. 137-144.
8. K. Dörner, op. cit., p. 137. Sobre el panóptico: Jeremías Bentham, *El panóptico*, Madrid, La Piqueta, 1979. Michel Foucault, “El ojo del poder”, en J. Bentham, op. cit., y Vigilar y Castigar, México, Siglo XXI, 1976.

Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados

Pronunciado por el doctor Domingo Cabred(1)
Presidente de la Comisión fundadora*

Señor Presidente:
Señoras y
Señores:

En nombre de aquellos cuya invalidez mental les impide hacer oír su voz en este acto, y en el de la Comisión encargada de la fundación de la Colonia Nacional de Alienados, que tengo el honor de presidir, agradezco al alto patrocinio del Excmo. señor Presidente de la República, que comporta los más felices augurios para el progreso de esta naciente institución. La asistencia del alienado, en efecto los ha inspirado siempre, señor Presidente, el más vivo anhelo, y si fuera necesario demostrarlo, me bastaría recordar que las grandes obras de ensanche que transformaron el viejo asilo de las Mercedes, y han permitido hasta el momento actual, prestar asistencia a los alienados varones de la República, nacionales y extranjeros, fueron ejecutadas durante vuestra anterior administración, cuando se hallaba al frente de la Intendencia del municipio de Buenos Aires, don Torcuato de Alvear.

Me bastaría recordar igualmente



la decidida aprobación que V.E. se dignó prestar a la idea manifestada por mí, de ir a Europa, a estudiar prácticamente la organización de los asilos-colonias con el objeto de establecerlos en nuestro país.

Hago votos, pues, porque vuestra alta y noble solicitud no desmaye y porque el Gobierno continúe prestando a esta obra, —impuesta por los progresos de la psiquiatría y las necesidades del país,— el mismo valioso apoyo acordado por los gobiernos de todas las naciones civilizadas a las instituciones similares.

Día memorable en los anales de la asistencia pública del insano en nuestro país, es el de hoy, pues da-

mos cumplimiento a la Ley Nacional del 2 de Octubre de 1897, que ordena la creación de un asilo de alienados según el sistema escocés, llamado "de puertas abiertas" (open-door), destinado a modificar fundamentalmente la asistencia de estos enfermos.

La benéfica ley se debe a la iniciativa parlamentaria del doctor Eliseo Cantón, quien convencido de la necesidad de proceder a la reforma de esa asistencia, levantó su voz elocuente en el seno de la cámara de diputados, pidiendo se implantara en nuestro país este nuevo sistema de tratamiento.

Su discurso, uno de los más brillantes que se haya pronunciado en el parlamento argentino, llevó el convencimiento a todos cuanto le escucharon y un mes más tarde de presentado su proyecto, era convertido en ley.

Gratitud, pública gratitud, merece esa noble iniciativa, no sólo de parte de aquellos que tienen la razón alterada —pero que no obstante aprecian y recuerdan el bien que reciben—, sino también de todos los que valoran las obras destinadas al alivio de la mayor de las desgracias humanas. El nombre del doctor Cantón figurará, pues, en lo sucesivo, entre los de los grandes benefactores del insano.

Cumplo igualmente con el gra-

* Publicado en "Revista de Derecho, Historia y Letras" Buenos Aires, junio, 1899.

to deber de recordar los constantes esfuerzos del doctor Meléndez por establecer el sistema colonial de asistencia, manifestados en frecuentes pedidos y en un proyecto que sometiera a la Municipalidad de Buenos Aires, en 1879. Aquellas iniciativas no atendidas son hoy, hermosa realidad, y el espíritu del filántropo alienista debe llenarse de legítima satisfacción.

La Comisión nombrada por el Excmo. Gobierno de la Nación con el encargo de proceder a la fundación del nuevo asilo, ha cumplido una buena parte de su cometido: ha hecho la adquisición de este vasto y hermoso terreno; trazado los proyectos bajo la dirección competente y gratuita de los señores ingenieros Clerici y Otamendi, de acuerdo con los planos de los mejores asilos similares, reunidos durante mi viaje; y por último, ha contratado la primera sección de las obras.

Pero el progreso fundamental que hoy celebramos, merece fijar nuestra atención, siquiera por breves instantes, a fin de apreciarlo en todo su alcance humanitario, científico y económico.

Hace apenas un siglo, los alienados eran objeto de tratamientos crueles, aún en los países más civilizados de Europa. No se les condenaba a los exorcismos y a la hoguera, como en épocas anteriores; pero, se hallaban confundidos en las cárceles, con los delincuentes comunes, o reclusos en viejos e infectos asilos, encadenados, estropeados, haraposos y hambrientos, ofreciendo un espectáculo bochornoso para la cultura humana.

Afortunadamente para ellos, y para honor de la última década del siglo XVIII, varios hombres de ciencia y de corazón, Pinel, Daquin, Chiaruggi, Tuke y Cullen emprendieron, respectivamente, en Francia, Italia, Inglaterra y Escocia, la reforma de la asistencia de estos desgraciados, cabiéndole al primero la gloria imperecedera de haber realizado en París, con más amplitud y repercusión que los otros, su generosa iniciativa.

Pinel no solamente rompió las cadenas que aprisionaban al loco, sino que también higienizó, hasta donde era posible sus viejas viviendas de Bicêtre y de La

Todas las enfermedades mentales cualesquiera sean sus formas y períodos, recibirán, en las distintas secciones de este asilo, ecléctico y completo, el tratamiento especial impuesto por los progresos de la psiquiatría.

Salpêtrière, mejoró la alimentación y el vestido, organizó talleres, instituyó un tratamiento de humanidad y dulzura, elevando así al alienado, —como tantas veces se ha dicho,— a la dignidad de enfermo, de que hasta entonces se hallaba desposeído.

La obra de reparación y de justicia llevada a cabo por Pinel, constituye, pues, la primera y más importante etapa en la evolución del tratamiento de la locura. Con ella comienza, a la vez, la verdadera observación clínica que debía servir de fundamento a los progresos científicos de la psiquiatría. El ejemplo dado por Pinel, tardó, es cierto, algunos años en generalizarse en Francia y en las demás naciones: pero, concluyó por imponerse, triunfando de las falsas ideas reinantes y de la parsimonia e indiferencia administrativas. El fuego sagrado que animaba al ilustre reformador, se transmitió a Esquirol, Ferrus, Parchappe y Falret (padre) en Francia, a Haslam y Conolly en Inglaterra, a Jacobi, Zeller y Roller en Alemania, a Schoedervan der Kolk en Holanda, y a Guislain en Bélgica, quienes dedicaron todo su tiempo y toda su ciencia a la obra iniciada con tan altos fines.

Fruto de esos esfuerzos fueron el gran número de asilos especiales, contruidos en Europa en la primera mitad de este siglo, las importantes mejoras introducidas en su régimen interno, y las leyes dictadas con el objeto de garantizar los intereses jurídicos y materiales del alienado.

Los asilos de esa época son construcciones pesadas, monu-

mentales, dotadas de gran número de celdas, con altos muros interiores y exteriores, y presenta todo el aspecto de convento o de prisión, que entristece y abate el ánimo del alienado. Todo se subordina en ellos al principio del encierro y seguridad más absolutos. La divisa era, como lo ha dicho un eminente alienista: *Nulla salus nisi in claustris*. Era la época también de la intimidación y de la coerción, y los instrumentos usados fueron la ducha, el chaleco de fuerza, todo género de ligaduras y el encierro celular prolongado y sistemático. Pero, una mejora trascendental que constituye una segunda etapa en los progresos de la asistencia del alienado, comenzó a operarse, hace sesenta años, en el régimen interno de los asilos de Inglaterra, merced a la práctica, introducida por Conolly, del no-restraint, o supresión de todo medio de coerción mecánica. Proscribióse en absoluto, el chaleco de fuerza y las ligaduras de toda clase, que fueron reemplazadas por medios de suavidad y benevolencia, por el aislamiento pasajero en celdas acolchadas, y por la vigilancia constante y la acción directa de guardianes, consiguiéndose suprimir los estados de furor y las graves lesiones determinadas por los agentes coercitivos. La turbulencia y la gritería continuas observadas hasta entonces en los asilos, fue reemplazada por el orden y la calma, transformándose así totalmente el aspecto interior de esos establecimientos. Resistido en su comienzo, como sucede con todas las nuevas prácticas, el sistema del no-restraint se ha generalizado gradualmente en todos los países, y hoy ya no se discuten sus benéficos efectos. Estos, demostraron a la vez, la posibilidad y la conveniencia de introducir mayor libertad en la asistencia de los alienados, atenuando los inútiles y excesivos rigores de la secuestración. Disminuyóse el número de celdas, estableciéndose el principio de la vida común, así de día como de noche; aumentaron las diversiones y entretenimientos de todo género, que tan favorablemente influyen en el espíritu de esta clase de enfermos. Se dió, así mismo, mayor impulso al trabajo, ocupando a los alienados en el cul-

tivo de la tierra, pero, en una medida tan restringida, al principio, que sólo podía calificarse de tímido ensayo. Tal era el carácter que tuvieron las primeras tentativas de este género, hechas en Francia, en Bicêtre, Santa Ana, y Fitz-James, lo mismo que en Chrestophbad, Hildeheim, Blankeshein en Alemania y en St. Gall en Suiza.

No obstante estas mejoras, que presagiaban la reforma fundamental que en breve debía producirse, todos los asilos construídos hasta hace treinta años eran cerrados, lo cual les ha valido el nombre de Bastillas modernas. El concepto de temibilidad del loco seguía imperando a pesar de todo.

A partir de esa época, comenzó a adoptarse el sistema de grandes pabellones aislados, que, aun siendo cerrados, permite conceder mayor libertad al alienado, y por eso y en virtud de que algunos establecimientos disponen de pequeños terrenos de cultivo, marcan un período de transición entre el asilo prisión y los nuevos asilos abiertos.

El aspecto exterior de esos grandes pabellones es mejor que el de los pesados y chatos edificios del sistema Esquirol; pero así mismo, aquellas macizas construcciones, uniformes, alineadas paralelamente, por más separadas que estén, y por más lujosas y confortables que sean, recuerdan con su monotonía y sus vastas proporciones los imponentes edificios de los cuarteles, y suscitan la idea siempre triste e irritante de la secuestración. Por eso, en Francia, se les llama asilos-casernas. Contra este sistema de asilos cerrados y como corolario del no-restraint, que había introducido la tranquilidad y la calma en los asilos, se produce en Escocia, hace una treintena de años, una reforma radical en la constitución material y organización de esos establecimientos, iniciada principalmente por los alienistas Sibbald, Mitchell, Clouston, Rutherford y otros. Como primera medida, se derriban los muros interiores y exteriores y se suprimen las rejas, dejando completamente

libre el horizonte. Los asilos de Ar-gill, Five and Kinross, Inverness, Haddington y Pert, son los primeros en dar el ejemplo, seguido en los de Morningside, Woodilee y en todos los demás de ese país. Se deja igualmente en ellos, durante el día, abiertas las puertas de la mayor parte de sus departamentos; se suprime casi totalmente el encierro celular; se concede permiso a gran número de enfermos, para salir del asilo, bajo la palabra dada por ellos mismos de volver a él; y a ese régimen de positiva libertad, que hace pocos años, habría parecido un absurdo o verdadera locura, se da el breve y con-

de nuevas e importantes reformas.

La practicabilidad de este sistema no depende, como creen algunos, de la supuesta índole especial que tendrían los alienados de determinados países, sino de la misma naturaleza de la locura. En efecto, de igual manera que los antiguos medios de coerción y de fuerza, irritaban al alienado, cualquiera fuera su nacionalidad, hasta el grado del furor, la secuestración carcelaria de los asilos cerrados le entristece y le humilla, pues el sentimiento de libertad persiste en el mayor número de estos enfermos. De ahí la incesante protesta contra la privación de ese bien que no se resigna a perder, y el continuo deseo, frecuentemente satisfecho, de las evasiones.

¿En qué medida y en qué forma se concede esta libertad en los asilos llamados de puertas abiertas? Ella es otorgada ampliamente, pero, de un modo gradual y progresivo, y previa selección cuidadosa de los alienados que han de gozar de ese beneficio.

La observación ha demostrado que, por lo menos, el 80% de la población

de los asilos de alienados, puede usar de una real libertad, con positivas ventajas para su salud física y mental, y sin perjuicio alguno para los que los rodean. Apenas un 20% de estos enfermos necesita verdadera reclusión, pero tampoco en la forma usada en los asilos cerrados, sino en condiciones más humanitarias, y empleándose la vigilancia continua de asistentes prácticos en el cuidado del alienado. La secuestración a que están condenados todos los enfermos, sin excepción, en los asilos cerrados, es pues, no solo innecesaria, sino también contraria a los derechos del hombre y a las exigencias del tratamiento científico de la locura. Y son tan mezquinos los resultados curativos alcanzados en estos establecimientos, que Marandon de Montyel, uno de los primeros y más entusiastas partidarios del open-door, en Francia, los llama "fábricas de crónicos y de incurables".

La cifra de curaciones y de mejorías será mucho mayor que la que hoy se obtiene en nuestros asilos cerrados, y el bienestar físico y moral que en él disfrute el alienado será igualmente mayor, atenuándose así el sombrío pronóstico de estas enfermedades

ceptuoso nombre de Open-Door. Siguiendo en esa vía de franquicias, se establece otra forma de asistencia, igualmente libre, y es el pupilaje de alienados incurables e inofensivos en el seno de familias agricultoras. Verdad es, que este último sistema se hallaba establecido hace varios siglos, en la célebre Colonia de Ghell, en Bélgica, pero, se creía, sin razón alguna, que los campesinos de la colonia eran los únicos en poseer el secreto de esa asistencia, que por otra parte, Alemania y Francia han establecido también, más tarde, con buen resultado, organizándola Warendorf en la primera de estas naciones, y Marie en la segunda.

El principio de open-door ha suscitado, como el no-restraint, grandes resistencias; pero, ha ido también imponiéndose, poco a poco, y son hoy muy contados sus adversarios. El marca una tercera época en la evolución del tratamiento de la locura, y sirve de punto de partida

Los trabajos de colonización agrícola han recibido un impulso considerable y preferente con el sistema del open-door, no sólo porque están de acuerdo con este principio, sino porque constituyen el más poderoso agente del tratamiento moral. Además, el cultivo de la tierra permite ocupar mayor número de alienados; es la tarea más higiénica y que más les place, en razón de que se efectúa al aire libre, y de que ofrece ocupaciones más variadas; representa, por último, una fuente importante de recursos. En lugar de simple anexo, como sucede en algunos asilos cerrados, forma la parte principal del sistema de puertas abiertas, lo que justifica el nombre de colonias dado también a esta clase de establecimientos.

A la vez que se abren camino estos principios de libertad, se presta la más grande atención al tratamiento de las locuras agudas, organizándose secciones enteramente apropiadas a la observación y vigilancia continuas que ellas reclaman.

El reposo prolongado en el lecho se generaliza como tratamiento especial en esas formas de alienación mental, equiparándose así el alienado, a los enfermos comunes. Se disminuyen, cada vez más, el encierro celular, y las leyes de algunos países fijan ya el porcentaje de las celdas en los asilos.

La asistencia de los niños idiotas despierta, igualmente, gran interés, y se fundan institutos y colonias destinadas al tratamiento médico-pedagógico de estos desgraciados. Los epilépticos y los alcoholistas son, así mismo, hospitalizados en colonias agrícolas.

Por último, los alienados llamados delincuentes, son objeto de medidas más humanitarias y científicas. En algunos países, se instituye, para ellos, secciones especiales en las cárceles; en otros, se fundan asilos exclusivamente destinados a su asistencia; y el Congreso de Antropología Criminal de Ginebra, de 1896, sancionó la proposición que, como representante de la República Argentina tuvo la honra de someterle, de que todos los enfermos de aquella infortunada categoría fuesen asistidos en los asilos de alie-

nados y no en secciones especiales de las cárceles.

Junto con el cambio fundamental operado en el régimen interno de los asilos, modifícase el sistema de construcciones: al estilo pesado de los edificios monumentales, se sustituye el más ligero y risueño de pequeñas villas o chalets, muy sencillos, diferentes entre sí, de aspecto familiar, y rodeados de parques y jardines. Distribuidas en orden disperso, esas villas forman pintorescos pueblecitos que alejan toda idea de encierro o de hospital.

En estos grandes progresos de la filantropía y de la ciencia con que la sociedad, mejor instruída, se apresura a reparar las crueldades y errores del pasado, Alemania ocupa hoy el lugar principal. Los esfuerzos de Griesinger, Warendorf, Laehr Snell, Köeppe, Paetz, Hitzig, y más tarde de los de Jolly, Kraepelin, Alt, Sommer, y otros, han llegado a la más amplia adopción del sistema anglo-escocés, fundándose los mejores asilos de puertas abiertas. En ellos se encuentran, efectivamente, reunidos y aplicados con el más grande perfeccionamiento los principios de no-restraint, del open-door, de la colonización en grande escala y del tratamiento individual de las locuras agudas, disponiendo así de cuantos elementos reclama la asistencia de todas las formas y períodos de la alienación mental. Agréguese a esto, el numeroso personal de médicos residentes y de guardianes que prestan en ellos sus servicios, y se acabará de comprender porque en los establecimientos de esta índole, el número de curaciones y de mejorías es un tercio superior y a veces el doble del que se observa en los asilos cerrados.

Las evasiones no son frecuentes, como pudiera creerse; apenas alcanzan a un 2%, y esta cifra insignificante se halla compensada con usura con la libertad efectiva de que goza la mayoría de los enfermos. Y no hay que admirarse de esa mínima proporción, pues el empleo metódico del tiempo, el trato afectuoso, las salidas bajo palabra, las puertas abiertas, el gran bienestar, las diversiones frecuentes, y la vigilancia continua de los que realmente la necesitan, alejan la idea de las evasiones, o la hacen difícil.

El costo y sostenimiento de los asilos-colonias es en fin, mucho menor que el de los monumentales asilos cerrados, en razón de la simplicidad de las construcciones y del producido considerable del trabajo del alienado.

He visto en los primeros, el 70% de su población ocupada en trabajos agrícolas y en otros de diversa índole, calculándose que el valor del trabajo del enfermo representa, por lo menos, el de su propio sostenimiento.

El primer asilo que logró combinar todos estos principios modernos, fue el de Alt-Scherbitz, en la Sajonia Prusiana, fundado por el doctor Köeppe, y mejorado, en su organización, por su actual director, doctor Paetz.

El ha servido de modelo a todos los contruidos después en Alemania, como los de Gabersee, Untergöeltzch, Emmendingen, Zehdrass, Rybnik, Wuhlgarten, Uchspringe, etc., etc., y a los fundados últimamente en Rusia, Suecia, Noruega, Estados Unidos, y al que acaba de inaugurarse en Suiza, (Mondrisio) mediante la iniciativa de Forel y de Ladame.

Alemania ha sido también la primera en organizar pequeños asilos clínicos urbanos, proyectados por Griesinger, y destinados exclusivamente a la asistencia urgente de las locuras agudas, y a la enseñanza oficial de la psiquiatría.

Francia, deseosa de no permanecer a retaguardia de estos progresos, que ella iniciara, envía a Escocia y a Alemania a distinguidos psiquiatras como Foville, Sérieux, Marie y Toulouse, con el objeto de estudiar los resultados del open-door. Todos ellos aconsejan su adopción, y sabios como Magnan, Falret, Vallon y otros, comparten sus ideas e inician activa propaganda a fin de modificar la organización de los asilos de este país.

El establecimiento cuya primera piedra colocamos hoy, reposa en los principios científicos, humanitarios y económicos que he mencionado y que han sido combinados, de tan feliz manera, en el asilo Alt-Scherbitz, y en los demás que han imitado ese digno modelo.

Se compondrá, como éste, de dos partes principales: el asilo cen-

tral y la colonia propiamente dicha. El primero para los enfermos que necesitan vigilancia continua, aislamiento pasajero, o un tratamiento médico especial, practicados en villas que tienen, cada una, según su objeto, disposiciones enteramente apropiadas.

La segunda, destinada a la asistencia del mayor número de alienados, y en la que tendrán su más amplia aplicación los principios del open-door y del trabajo agrícola, sin excluir otros que complementan aquel y que permiten utilizar las diferentes aptitudes de los enfermos.

Además del trabajo, se emplearán otros modificadores mentales, igualmente muy eficaces, como las diversiones variadas y frecuentes: bailes, conciertos, representaciones teatrales, regatas, pic-nics, etc., etc. Esa población vivirá en pequeñas y risueñas villas de puertas abiertas, sin muros y sin rejas, sencillas, confortables, de reducido costo, adaptadas al clima de nuestro país, diseminadas en parques y jardines, y en las que nada recordará la inútil y perjudicial secuestro a que están sometidos hasta hoy, en nuestros asilos, los alienados sin excepción de sexo ni de clase de locura.

Todas las enfermedades mentales, cualesquiera sean sus formas y períodos, recibirán, pues, en las distintas secciones de este asilo, ecléctico y completo, el tratamiento especial impuesto por los progresos de la psiquiatría.

La cifra de curaciones y de mejoras será mucho mayor que la que hoy se obtiene en nuestros asilos cerrados; y el bienestar físico y moral que en él disfrute el alienado será igualmente mayor, atenuándose así, en lo posible, el sombrío pronóstico de estas enfermedades.

Hagamos votos, pues señor Presidente, señoras y señores, porque este establecimiento, el primero y más adelantado en su género que se levantará en Sud América, pueda cuanto antes abrir sus puertas a la asistencia científica de los enfermos de toda la República que hoy carecen de ella, realizando así un progreso digno de la cultura social de nuestro país.

He dicho.(2) ■

(1) Nació el doctor Domingo Cabred en Paso de los Libres, de la provincia de Corrientes, en el año de 1859. Dedicado al estudio, se decidió por la Medicina, y en 1881 recogía en Buenos Aires las palmas nobiliarias del doctorado. Por las vinculaciones que le granjearan su carácter altivo, afectuoso y leal, gozaba de influencia en los altos círculos de la política correntina y de la Nación. Pudo apoyarse en estos elementos decisivos para resolver el oscuro problema del porvenir, que absorbe a los recién graduados; pero abandonó la huella, para abrirse él mismo y resueltamente, el camino en la cuesta empinada, áspera é insegura de la vida. Y ha llegado, por concursos sucesivos y victoriosos —sin el favor de los hombres, ni el apoyo, a menudo mistificador, de los diarios— a donde se encuentra. Lo dice el recuerdo de sus servicios públicos: practicante interno del manicomio de mujeres, durante tres años, médico interno del hospicio de las Mercedes, durante dos años; sub-director del mismo, durante cinco años; director del establecimiento, desde el año 1892 hasta ahora. Para desempeñar este destino fue nombrado directamente y en virtud de ascenso legítimo; pero a raíz del nombramiento, renunció, pidiendo se celebrara el concurso establecido en los reglamentos vigentes. Fue incorporado a la misma escuela en que se formara como profesor sustituto de enfermedades mentales y por concurso, en el año de 1887; y es profesor titular de la difícil materia desde el año 1892. Ha representado oficialmente a la República Argentina en el Congreso Internacional de Medicina Mental, celebrado en París en 1889, y recibió la distinción de ser elegido entre los presidentes de honor del mismo congreso. En 1888 desempeñó en Europa una misión oficial para estudiar la organización de los asilos de alienados y los institutos de sordo-mudos. Volvió a Europa en 1896 como comisionado oficial para estudiar la organización de los asilos abiertos y las clínicas de psiquiatría. Asistió como representante oficial de la República Argentina al Congreso Nacional de Antropología Criminal celebrado en Ginebra en el año 1896. En este Congreso, fue aprobado el voto que presentó sobre tratamiento de los alienados delincuentes para que dichos enfermos fuesen asistidos en los asilos generales y no en secciones especiales de las cárceles. Su voto ha sido completamente realizado con la fundación del departamento especial para alienados delincuentes, inaugurado hace dos meses en el hospicio de las Mercedes, que es el primero de esta clase, abierto en Sud América. Fue también presidente de honor del mismo Congreso y es miembro honorario de nuestro Departamento Nacional de Higiene. Sus principales publicaciones son estas: *Contribución al estudio de la locura refleja*. (Tesis para el doctorado). *Efectos terapéuticos de la estricnina, en el alcoholismo*. *La edad en la parálisis general*. *Memoria sobre la organización de los asilos de alienados en Francia*. *Memoria sobre los asilos de Inglaterra*. *Memoria sobre los asilos de Italia*. *Memoria sobre los institutos de sordo-mudos en Francia*. *Memoria sobre los institutos de sordo-mudos en Italia*. *Informe oficial sobre el Congreso Internacional de Medicina Mental, celebrado en París, en 1889 y estudio sobre clasificación de enfermedades mentales presentado en dicho Congreso*. *Informe oficial*

sobre el Congreso Nacional de Antropología Criminal celebrado en Ginebra, en 1896. *Estudios sobre enseñanzas de la psiquiatría en Alemania*. *estudio sobre el "Open-Door" y organización de los asilos abiertos de Escocia*. *Estudios sobre los asilos abiertos de Alemania*. Los dos últimos trabajos, que han visto la luz pública en la prensa de esta capital, contribuyeron a producir el movimiento de opinión que se realiza con la fundación de la Colonia Nacional de Alienados, el primer establecimiento de esta índole implantado en la América Latina. Recordaré además, que el doctor Cabred ha escrito numerosos informes médico-legales, relativos principalmente a la psiquiatría, publicados en periódicos científicos y que resumen su intensa y siempre fresca preparación. No es por cierto de los menos notables y graves el que diera en el sonado proceso Wanklyn-Etchegaray, a cuya exposición tributan francos elogios sus mismos adversarios en la litis y en la investigación psiquiátrica. El presidente de la República lo ha dicho: el asilo abierto (Open-Door) a que se refiere este discurso, es la obra de su ciencia, de su propaganda y de su fe. Los antecedentes expuestos revelan, además, un caso poco común en los anales modestos de la intelectualidad de nuestro país: el de un hombre que se especializa desde el momento de la partida, en materia apartada del comercio de los éxitos sensualistas. No se abraza estas especialidades, sino con ánimo fuerte y con abnegación cristiana, porque el espectáculo de tamaño infortunio entristece y abruma. La tarea material es repugnante; pero la obra moral es heroica, y el doctor Cabred la ha acometido alejándose de una arena política y de seducciones utilitarias que le habría sido propicia. Ha debido enclaustrarse con sus pacientes y renunciar a una parte de las alegrías de la edad soñadora, para servir y estudiar durante veinticinco años, en el infecto y miserable asilo antiguo, en los hospitales, en la cátedra, en los congresos de los sabios y en la propaganda. Su labor científica y administrativa ha sido por eso fundadora y transformadora y se percibe su honda influencia en la evolución audaz y extraordinaria en Sur América, que conduce de la cárcel de las Mercedes al asilo abierto en el prado verdoroso de Luján. Allí retornarán muchas inteligencias que estallan bajo la presión de la vida, para florecer de nuevo, ó completarán, en sosiego y libertad, al amparo de la piedad de la Nación y de la Ciencia, la evolución física del cuerpo abandonado por la divina luz. La vida profesional del doctor Cabred queda así consagrada en actos oficiales y solemnes; profesor notable y reformador humanitario! (N. de la D. Rev. de Derecho y letras. 1899)

(2) El 21 de Mayo tuvo lugar el acto en Luján, solemnizado por la presencia y la palabra del Excmo. señor Presidente de la República.

Asilo de puertas abiertas*

OPEN-DOOR

(La obra del doctor Cabred)¹

El tratamiento del alienado ha sufrido un cambio brusco desde el último tercio del siglo pasado: se ha substituido el asilo estrecho rodeado de altos muros, que simulaba una cárcel, por el tratamiento del Open-Door, donde todo es libertad y luz; se ha asimilado el alienado al enfermo común, rodeándole de los medios que exige todo paciente, porque los locos peligrosos se hallan en un porcentaje mínimo, que no justifica la reclusión carcelaria á que se sometía á todos los alienados.

Entre nosotros, los adelantos de la psiquiatría han tenido inteligentes colaboradores; hasta los más mínimos detalles se estudian y se asimilan. El tratamiento del asilo de puertas abiertas es el exponente de nuestra cultura médica intelectual, tratamiento que aunque ha recibido la sanción de la práctica, no ha tenido generales imitadores. Nacido en Escocia se ha extendido a Bélgica, Alemania y Norteamérica. Nosotros hemos contribuido á la obra con la realización en gran escala de los principios que ella significa.

La Colonia Nacional de Alienados—Es la obra científica y humanitaria que mas nos honra y que menos ha costado y costará al erario público; su sistema de edificación ahorra muchos gastos, pues los mismos alienados construyen sus propias viviendas. El Open-Door argentino se levanta en una vasta extensión de tierra del parti-



do de Lujan (provincia de Buenos Aires), cerca del río del mismo nombre y se halla cruzada de colinas que dan una suave ondulación al terreno, embelleciendo el paisaje. El conjunto se compone de villas ó chalets de elegante y sencilla arquitectura, separados uno de otros por 150 metros. En ellos se ha cuidado de no reproducir la misma arquitectura, para evitar una monótona repetición: los rasgos y caracteres arquitecturales de todas las villas obedecen al mismo plan, pero los detalles cambian continuamente. Cada una de ellas comprende dormitorios, comedor, sala de juego (naipes, dómicos, ajedrez), cuarto de baños y water-closet. La cocina tiene un edificio central, de donde se distribuye la comida á todas las villas, transportada en carritos cerrados y mantenidos á una temperatura conveniente, por medio de un baño de maría. El sistema de los lavatorios es de renovación continua, lo que exige una enorme cantidad de agua, obtenida por tres pozos semisurgentes que proporcionan cincuenta mil litros de agua por hora. Actualmente existen edificadas seis villas; el número total será de sesenta; para Setiembre —época en que será inaugurada oficialmente— se habrá concluido la torre de agua, el criadero de aves, la lechería y el pabellón de talleres.

Cada villa tiene un guardian que se hace responsable de los locos que cuida. Para cada diez alienados existe un cuidador ó capataz, que los acompaña en el trabajo, en el juego, en los paseos y que figura mas como un amigo que

* Publicado en "Anales de sanidad militar".

Tomo 6- pág. 770, 1904.

como un guardian. Cada cuidador es responsable de los diez alienados que cuida y debe entregarlos por lista al guardian de la villa.

Los locos trabajan por prescripción médica, el trabajo se gradúa, se dosa, porque él es un medio de tratamiento y no un objeto de explotación. Cada capataz, al conducir sus locos al trabajo, lleva una lista firmada por el médico en la que figura el número de horas á que deberá someter á cada alienado; el que mas trabaja lo hace por un lapso de tiempo que nunca excede de ocho horas con un intervalo de descanso de tres horas, tienen asueto los domingos y días de fiesta.

A los asilados del Open-Door se les da una comida suculenta y abundante, se les reparte tabaco y se les permite juegos al aire libre: bochas, carreras, sortijas, regatas en el río Lujan, etc.

A los que por primera vez visitan el establecimiento les produce una intensa sensación de agrado: se cree estar en una pequeña ciudad donde existen todas las manifestaciones de la actividad humana: talleres, labranza, edificación, etc., etc., y en medio, de esa actividad ordenada, el loco juega el principal papel; nadie diría que es un enfermo: parece un obrero consciente del progreso humano.

Al doctor Domingo Cabred, profesor de psiquiatría, le corresponde el alto honor de haber sido, entre otros, el iniciador y mas ferviente propangandista del asilo de puertas abiertas; la Colonia Nacional de Alienados será el timbre mas brillante de su vida de médico psiquiatra.

El Open-Door no es solo una obra humanitaria; es el tratamiento mas eficaz de la alienación mental, como ha tenido ocasión de demostrarlo el profesor Cabred en el segundo Congreso Médico Latino-Americano. De su trabajo entresacamos los datos más interesantes.

Iniciados los trabajos del nuevo asilo el 21 de Mayo de 1899, fueron trasladados a él del Hospicio de las Mercedes, el 15 de Agosto de 1901, los primeros once alienados.

El 31 de Diciembre de dicho año, el número de asilados alcanzaba á 108. El 31 de Diciembre de

1902, esta cifra se elevaba á 271 y en la misma fecha del año próximo pasado, había subido á 390.

La traslación de los alienados á la Colonia; mucho antes de la terminación de las obras, obedeció á la premiosa necesidad de aminorar la población excesiva del Hospicio de las Mercedes; y teniendo en cuenta el estado de las obras del nuevo asilo, se pensó que muchos insanos podían á la vez tomar participación en ellas, reduciendo así el costo de las mismas.

Los enfermos llevados á dicho establecimiento durante la segunda mitad del año 1901, fueron, en su casi totalidad, crónicos, incurables y tranquilos, y se hallaban clasificados así:

Año 1901	
Melancolía crónica	9
Locura impulsiva	2
— alcohólica	15
— sistematizada progresiva	21
Demencia vesánica	58
— orgánica	2
Idiocía	2
Total	109

En los años 1902 y 1903, una buena parte (200/0) de los insanos trasladados, presentaba formas curables de locura, de carácter subagudo en muchos casos, y francamente agudo en algunos pocos. Hé aquí los cuadros de clasificación:

Año 1902	
Manía	10
Melancolía	21
Locura sistematizada progresiva	14
Demencia vesánica	57
— orgánica	3
Locura alcohólica	97
— epiléptica	1
— impulsiva	22
Idiocía	2
Total	227

Año 1903	
Manía	6
Melancolía	8
Demencia vesánica	44
— orgánica	8
Locura moral é impulsiva	14
— sistematizada progresiva	4
Locura alcohólica	110
Idiocía	1
Total	195

Se deseaba observar los efectos del Open-Door, en las formas subagudas y agudas de la locura, ya que en los casos crónicos se habían comprobado.

No sin algun temor, se llevó a cabo esta idea, pues no se dispone todavía en el Asilo Lujan, de las secciones apropiadas y proyectadas para el tratamiento de las psicosis agudas; viéndose, por ello, obligado a instalar la sección de clinoterapia en una de las villas comunes de tranquilos y crónicos.

La estadística que mas adelante se consigna, demuestra los buenos resultados obtenidos.

El tratamiento del Open-Door se aplica en su mas amplia aceptación. Los alienados están sometidos á un régimen de gran libertad, de acuerdo, en todas sus partes, con el principio en que se funda la asistencia en esta clase de asilos.

Excusado me parece afirmar que ninguno de los edificios presenta la menor apariencia de la arquitectura ó de las disposiciones de los asilos cerrados.

Durante el día, las villas están con sus puertas constantemente abiertas, y solo se cierran por la noche, despues que los enfermos se han entregado al descanso.

Cuando los insanos están ocupados en las faenas del campo y en los talleres, se hallan cuidados por los enfermeros, cuya proporción es, como queda dicho, de uno de estos por diez de aquellos. El asistente trabaja á la par del enfermo, para demostrarle que más bien es un compañero suyo que un encargado de vigilarlo. En los paseos y en los juegos, el enfermero toma también una parte activa con idéntico fin.

El número de alienados trabajadores y la variedad de tarea á que se dedican, es muy grande.

Durante el año 1901, la proporción de enfermos ocupados llegó a 95 por ciento; en 1902, a 85; y en 1903, a 82.

El porcentaje más elevado en el año 1901, se explica, recordando que la totalidad de los enfermos llevados a la Colonia, eran crónicos y aptos para el trabajo.

Los cuadros siguientes demuestran detalladamente la distribución y marcha del trabajo.



"La llanura de la Crau"
Vincent Van Gogh, 1888.

Las cifras indicadas no pueden ser más halagüeñas. Superan, en efecto, a las que ofrecen las estadísticas del trabajo en los mejores asilos similares de Europa.

Hé aquí algunas cifras que comprueban este aserto:

**Proporción de
trabajadores**

	Por ciento
(1) Asilo de Gabersee	67
(2)— Basilea	60 a 70
— Reggio Emilia	50
— del Rhin	50 a 65
— Cery	45
— del Sena	34

La memoria del asilo de Alt Scherbitz, correspondiente a los años 1900 a 1902, página 24 consigna el 64 por ciento de alienados trabajadores.

No es de extrañar la diferencia observada en favor de la colonia, desde que se hizo una cuidadosa selección de los enfermos, antes de que fueran trasladados a ella.

Los efectos observados en los alienados no han podido ser mejores. El trabajo al aire libre es, sin duda, el que mas le conviene.

El insano se encuentra generalmente contento, pues ejercita su

actividad en un medio, en el que, aparte de la belleza, del paisaje, nada hay que le recuerde el encierro a que antes se hallaba sometido.

Casi todos los enfermos, apenas llegan al asilo y observan las hermosas villas en que se alojan, rodeadas de jardines y con el horizonte completamente libre a su vista, experimentan un cambio favorable.

A muchos le hemos oído exclamar:

— "¡Esto sí que es lindo!"

— "¡Aquí se está a gusto!"

Y entran enseguida a hacer comparaciones entre el viejo asilo de Las Mercedes y su nueva residencia.

Hemos observado transformaciones verdaderamente sorprendentes en ciertos dementes apáticos, a quienes no era posible ocupar en La Mercedes, en ninguna tarea, y que, pocos días después de su arribo a la colonia, se entregaban con placer al trabajo.

Claro es que esa modificación favorable no llega hasta curar estados que, por su naturaleza, son incurables; pero, la mejoría en el aspecto físico y en el espíritu del enfermo es tan grande, que se experimenta una íntima satisfacción ante este resultado, el único posible de alcanzar.

En algunos alienados agudos, y

también en ciertos crónicos que presentan episodios agudos en el curso de su enfermedad, y en los que no se puede emplear el trabajo como medio de tratamiento, se usa la clínoterapia. Merced a ella se recuperan, fácilmente, la calma, la tranquilidad, la lucidez y las fuerzas. Una vez conseguido esto, el alienado es devuelto a sus tareas habituales.

Ordinariamente el enfermo trabaja ocho horas diarias con intervalo de tres horas de descanso.

El tiempo que debe durar el trabajo, para cada enfermo, es fijado por el médico, todos los días, consignándose su prescripción en hojas especiales que se entregan a los celadores.

Los resultados curativos han sido bastante satisfactorios.

En el año 1902, la estadística de la colonia consigna sobre un total de 335 asistidos, un 10,14 por ciento de curados y 3,58 por ciento de mejorados.

En 1903, la proporción de curados es de un 8,58 por ciento, y la de los desmejorados un 3.43 por ciento para un total de 466 asilados.

No debe olvidarse que influyen desfavorablemente en el porcentaje de curados y mejorados, los crónicos e incurables trasladados al establecimiento en 1901, en ese total de asistidos de 1902 y 1903. Debe

igualmente recordarse que, solo un 20 por ciento de los trasladados en 1902 y en 1903, eran curables.

Sí, para fijar esta proporción, se tiene en cuenta, únicamente, el total de admitidos en los dos últimos años, ella mejora dando el siguiente porcentaje:

Año 1902	
	Por ciento
Curados:	11.013
Mejorados;	4.415

Año 1903	
	Por ciento
Curados:	15.384
Mejorados:	3.127

Estas cifras sostienen una comparación honrosa con las que arroja la estadística del asilo-colonia Alt-Scherbitz que da (1): en el año de 1900 a 1901, una proporción de 4.3 por ciento de curados y 10 de mejorados sobre un total de 556 asistidos; y en el año 1901 a 1902, de 596 asistidos, 4.3 por ciento de curados y 6.5 de mejorados.

Las evasiones de los insanos, es un punto interesante de estudiar en el régimen de los asilos abiertos.

En la colonia como en todos los establecimientos similares, la cifra de fugados es mínima.

Durante los cinco meses del año 1901, sobre un total de 109 asistidos, no se produjo ninguna evasión.

En 1902, sobre 335 asistidos, hubo 5 evasiones, ó sea una proporción de 1.49 por ciento. En 1903, en que la cifra de asistidos alcanzó a 466, la de fugados fue también de 5, ó sea proporción de 1.069 por ciento.

En los asilos cerrados estas proporciones son casi siempre más elevadas.

La razón de este mínimo porcentaje se encuentra, no tanto en la vigilancia ejercida, como en la gran suma de libertad que goza el enfermo, el cual, no viéndose encerrado y prisionero como en el asilo urbano, de altas murallas, siente menos deseos de abandonar la colonia.

Influye, también, sin duda alguna, en esta falta de tendencia a la fuga, el bienestar de que se halla rodeado el enfermo, muy superior, en la mayor parte de los casos, al que disfrutaba fuera del asilo.

La cifra de mortalidad ha sido también muy pequeña. En 1901, no hubo ningún fallecimiento; en 1902, hubo 2, ó sea un 0.60 por ciento, sobre el total de asistidos. En 1903, el número de defunciones alcanzó a 6, ó sea, un 1.28 por ciento. Figuran en esta estadística dos muertes por accidente. La primera, se refiere a un enfermo que, habiendo fugado de la colonia, intentó pasar a pie el río Lujan y se ahogó en él; la segunda; fue un suicidio.

Pasemos, ahora, a considerar el nuevo asilo bajo la faz financiera.

El número considerable de alienados obreros, y la magnitud y variedad de trabajos llevados a cabo desde su instalación en la colonia, explica el rendimiento realmente satisfactorio obtenido.

Las cifras que van a continuación hablan con una elocuencia mas grande que todo cuanto pudiéramos decir al respecto, pues arroja, como saldo a favor del erario nacional: en 1901, \$ 9.873,30; en 1902, \$ 57.565, y en 1903, 79.766,82, como producido de los trabajos efectuados en esos años, ó sea un total de \$ 147.205,21.

Verdad es que, en estas fuertes sumas, solo están representados por \$ 6.126,36 los valores efectivos pero no es menos cierto que si el Estado hubiera tenido que emplear en las obras de albañilería, carpintería, herrería, etc., obreros cuerdos a jornal para efectuar el trabajo realizado por los insanos, hubiese debido desembolsar el dinero ahorrado por la obra de mano de estos. De manera que, por mas nominal que aparezca el rendimiento mencionado, es real y efectivo, considerado desde el punto de vista económico.

Para demostrar con mayor evidencia, aún, la importancia económica de lo realizado en la Colonia hasta fines del año próximo pasado no tenemos mas que citar algunas cifras relativas al producido del trabajo del insano en establecimientos similares europeos.

Así por ejemplo, en el célebre Asilo Alt-Scherbitz (Memoria de este establecimiento, páginas 32 y 33), en el año de 1900-1901, 499 alienados obreros produjeron un trabajo cuyo rendimiento alcanzó a 43.168 m. y 0.7 pf., ó sea, en nuestra moneda \$25.900; y en

1901-1902, 531 alienados llevaron a cabo trabajos cuyo monto ha sido 31.224 m. y 18 pf. ó sea \$ 18.734 de nuestra moneda.

En el asilocolonia de Uchspringe (Memoria del asilo, páginas 91 y 92) con una población de 723 alienados y para 120.379 jornales, el producido efectivo durante el año 1898-1899, fue de 1.293 m. 50 pf., ó sea en nuestra moneda \$776.12 y el producido nominal fue de 26.911 m. 75 pf., ó sea \$ 16.147.05 de nuestra moneda.

En el asilocolonia de Saarge-müad, (Memoria del asilo, página 33) el año 1901, sobre un total de 231 alienados obreros, hubo un producido efectivo de 4.105 m. y 80 pf., ó sea, en nuestra moneda, pesos 2.463,48 en trabajos de agricultura, que son los únicos avaluados.

Los resultados expuestos demuestran, pues, de un modo concluyente, que no obstante hallarse inconcluso el nuevo asilo de puertas abiertas, han empezado a cumplirse, en amplia medida, los propósitos que se tuvieron en vista para su creación, y, que tales resultados, autorizan a formular las siguientes conclusiones:

1.^a Que la asistencia hospitalaria del alienado, cualquiera que sea la forma y el período de su afección, debe hacerse principalmente en esta clase de establecimientos; y

2.^a Que los asilos urbanos, deben quedar exclusivamente destinados a la asistencia de urgencia, y a servir de centros de enseñanza de la psiquiatría ■

1. Tenemos por varios motivos el mayor interés en ocuparnos de este asilo; primero porque es una obra de inmensa utilidad nacional, que hace honor al país, y merece ser conocido en el exterior, segundo porque su iniciador y propagandista incansante de ella, el distinguido alienista Dr. Cabred, ha realizado un progreso con su creación, un progreso real en la asistencia del alienado, no superado en esta parte de América, y por último, porque en dicho Establecimiento reciben asistencia y asilo, nuestros militares que tienen la enorme desgracia de perder la razón, y debe interesarnos por lo tanto, las condiciones en que son atendidos y por lo tanto estamos obligados á tomar nota de los progresos considerables que ha hecho en los últimos años la asistencia de los insanos en nuestro país, impulsada por la constancia y tenacidad del Dr. Cabred, coronada del mas brillante éxito.



LA CONFUSION MENTAL

Discusión clínica y terapéutica con Fernando A. Alvarez*

Vertex: Aunque descripto desde hace mucho tiempo en los manuales de clínica médica, neurología y psiquiatría el síndrome de confusión mental, que encontramos frecuentemente en la práctica, presenta particularidades y dificultades diagnósticas y terapéuticas. La incidencia del alcoholismo en nuestro país, el incremento en el consumo de drogas y medicamentos psicotrópicos, la atención que merecen los trastornos psicogeriátricos, entre otras razones, actualizan el interés por el estudio de este síndrome y justifican que nos ocupemos de él comentándolo con Ud. y poniendo especial énfasis en las consideraciones prácticas que hacen a su diagnóstico y tratamiento.

Fernando A. Alvarez: El concepto de confusión mental implica el de enfermedad orgánica. Los psiquiatras, psicólogos, clínicos, psicoanalistas y neurólogos deben conocer este fenómeno. En él la actividad psíquica está como nublada por una perturbación de origen orgánico. Subsiste "lo psíquico", pero su funcionamiento se semeja al de un robot descompuesto. La primera cosa en la que debemos acordar es en que esta entidad existe. Cuando nos enseñaron la fisiología de la neurona lo primero que nos dijo nuestro instructor Horacio García fue: "partamos de la idea de que Uds. me van a creer... los potenciales de acción existen"; y bien, yo les digo: la confusión mental existe y de allí arrancamos. Es un cuadro con

el que se confrontan más frecuentemente los clínicos y los internistas que los psiquiatras o los neurólogos. Se presenta más en personas de cierta edad, pero no hay que olvidar que también se observa en sujetos jóvenes. El síndrome de confusión mental ha sido clásicamente caracterizado por: desorientación en el tiempo y en el espacio; fallas de la memoria tipo amnesia anterograda o de fijación; trastornos de la vigilancia con embotamiento, somnolencia o estupor; y onirismo, o sea, un estado de "sueño patológico" que comporta percepciones alteradas del tipo de ilusiones y alucinaciones. Los pacientes se presentan como alguien que sueña despierto. Uno les habla y se conectan brevemente con la realidad, volviendo luego al estado anterior en el que relatan imágenes e historias a las que sienten asistir como en una escenificación onírica y de la que participan, ejecutando activamente su ensueño. Acompañando este cuadro se presentan en forma más o menos manifiesta los signos físicos y biológicos de la enfermedad orgánica que subyace a él: fiebre, deshidratación, taquicardia, signos neurológicos, disnea, etc.

Vertex: ¿Cuál es la evolución esperable y en qué se basa el pronóstico?

Alvarez: La confusión mental debe ser considerada un cuadro serio. O es precursor de un coma o, al menos, indicador de que algo grave se está produciendo. La evolución es limitada en el tiempo y el pronóstico es, en general, favorable con curación sin secuelas o a lo sumo seguida por un período de astenia psíquica y una amnesia lacunar del episodio. Tam-

* Profesor Adjunto de Neurología de la U.B.A. Director del centro Neurológico del Hospital Francés de Buenos Aires. La Rioja 951- Capital Federal

Apunte nosográfico

Para la medicina greco-romana todas las enfermedades eran somáticas, pero algunas podían tener una particular repercusión sobre el alma, el carácter o la conducta, por vía de su acción sobre, o en el cerebro.

En el *Corpus hippocraticum* (S. V a. de C.) ya se distinguen cuatro entidades de este tipo: la melancolía, la manía, la frénesis o frenitis y la letargia. La primera cursaba con gran abatimiento y sin fiebre. Las otras, en particular la manía y la frénesis, cursaban en forma aguda con agitación y delirio; pero, mientras la manía (término que recubría un gran número de esos estados) era afebril, la frénesis presentaba aumento de la temperatura corporal acompañado de taquicardia, insomnio o sueño perturbado, sudores, dolores de cabeza y en la región de los hipocondrios y el diafragma, delirio agitado, crocidismo y carfología (gestos del que recoge algo).

Los maestros de la Antigüedad: Celso (S. I), Areteo de Capadocia (S. I), Galeno (S. II), Celio Aureliano (S. V), Alejandro de Tralles (S. VI) discurren sobre este cuadro y toman posición en la controversia acerca del asentamiento de la enfermedad causal: el cuerpo en su conjunto (totum corpus) o una parte de él (el diafragma) o el cerebro en particular. Es precisamente Areteo de Capadocia quien describe los trastornos perceptivos de los frenéticos: "en ellos la sensibilidad se halla falseada; ven como si tuviesen delante cosas que no existen y lo que no se les presenta a los demás, se manifiesta ante sus ojos". Digamos al pasar que la llamada letargia pareciera corresponder a estados de obnubilación, estupor o coma, consecutivos a enfermedades generales graves.

La frenitis griega es retomada por los árabes y reconocida por los médicos medievales. En el Canon de Avicena (S. XI) se la ubica etiológicamente como apostema o inflamación de una parte del cerebro. Bernard de Gordon (S. XIV) la describe en su *Lilium Meci-nae*. La constante, en todos los autores, es la presencia de fiebre para el diagnóstico diferencial con la manía, locura afebril.

Esta distinción se mantendrá hasta comienzos del siglo XIX. La encontramos en Georget (1835) quien opone el delirio agudo con fiebre al delirio crónico sin fiebre. Corresponde a Delasiauve en 1851 introducir en la nosografía psiquiátrica el cuadro con el nombre de confusión mental diferenciándola de la lipemania (melancolía).

bién existe la evolución hacia la muerte cuando el cuadro es muy intenso o sintomático de una enfermedad general muy grave. Algunos autores han hablado de una evolución crónica. Contrariamente a ellos yo creo que la confusión crónica no existe.

Vertex: Veamos el tema del diagnóstico diferencial. Se lo ha planteado en relación a la catatonía, a la demencia, al estupor melancólico...

Alvarez: En primer lugar hay que considerar el comienzo brusco o en pocas horas. Esto lo diferencia de los cuadros psiquiátricos. Hay que tener en cuenta los antecedentes de esquizofrenia y de crisis melancólicas y la presencia de signos de enfermedad orgánica general. En el examen clínico constataremos que en la melancolía detrás de la aquinesia y el mutismo existe una ideación congelada en torno a los temas melancólicos.

Los dementes no presentan la misma calidad de alucinaciones, evolucionan lentamente y su nivel de vigilancia es normal. Sin embargo, la demencia y la confusión se pueden superponer. Una persona con un deterioro demencial puede, por diversas causas, entrar en confusión y en ese caso el paciente tardará más en salir de la confusión. Puede necesitar una semana o aun más.

En los casos difíciles el EEG puede ser útil, ya que sus ritmos están enlentecidos y desorganizados en la confusión, mientras que no se encuentran esos fenómenos en el curso de las enfermedades psiquiátricas. Para el diagnóstico positivo se puede hacer referencia a los criterios fijados en el DSM III-R para la entidad delirium, recordémoslos:

A. Reducción de la capacidad para mantener la atención hacia estímulos externos (por ejemplo, hay que repetirles las preguntas debido a dispersión de la atención) y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos (por ejemplo, sigue contestando a preguntas hechas anteriormente).

B. Pensamiento desorganizado, que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante o incoherente.

C. Al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1) reducción del nivel de conciencia; por ejemplo, dificultad para mantenerse despierto durante el examen médico;
- 2) trastornos perceptivos: falsas interpretaciones, ilusiones o alucinaciones;
- 3) alteración del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día;
- 4) aumento o disminución de la actividad psicomotora;
- 5) desorientación en cuanto al tiempo, el espacio o el reconocimiento de las personas;
- 6) deterioro de la memoria; por ejemplo, incapacidad para aprender cualquier tipo de información nueva, como recordar al cabo de cinco minutos los nombres de varios objetos no relacionados entre sí, o para recordar hechos pasados, como la historia del episodio actual de la enfermedad.

D. Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.

E. Al menos una de las siguientes alternativas:

- 1) demostración, a través de la historia, del examen físico y de las pruebas de laboratorio, de una causa orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración;

Cuadro 1. CAUSAS IATROGENAS DEL SINDROME DE CONFUSION MENTAL

Anticolinérgicos (espasmolíticos, antiparkinsonianos, psicotrópicos, etc.)	Corticoides Opiáceos Digitalina, betabloqueantes
Psicotrópicos	antihipertensores centrales.
Antibióticos	Salicilatos
Antipalúdicos	Cimetidina
Antiamebianos	Aminofilina
Antimicóticos	Metrizamide
Antimitóticos	
Antiparkinsonianos	

En 1895 Chaslin, en su libro "La confusión mental primitiva", funda la entidad nosográfica que nos ocupa describiéndola como una enfermedad y pone énfasis en la importancia del papel que juegan los trastornos somáticos en la evolución de la misma. En 1915 hará nuevas precisiones: considerará la confusión como un síndrome, reconocerá el trastorno global de las funciones mentales (no sólo intelectual) y señalará la preponderancia de la etiología orgánica.

La escuela de Burdeos con Regis (1895-1911) señala la relación existente entre las enfermedades infecciosas y tóxicas con la confusión y su relación con el delirio onírico u onirismo.

H. Ey, a mediados de este siglo, considerará a la confusión, en el marco de su teoría órgano-dinamista, como el nivel más bajo de desestructuración de la conciencia, en el que es posible separar un trastorno negativo (los trastornos intelectuales y la disolución psíquica) y uno positivo (onirismo) por "liberación de instancias inferiores del ser psíquico".

En Alemania siguiendo los pasos de Heinroth, quien estudia la Verwirrtheit (confusión), Griesinger (1878) establece su cuadro nosológico y Wille (1888) precisará que se trata de un cuadro agudo ligado a trastornos funcionales del cerebro que se expresa por alucinaciones, delirio, confusión y trastornos de la conciencia. Meynert (1890) dará a este síndrome el nombre de amencia. Bonhoeffer, por último, acuñará el término de "reacción exógena" (1906) que alcanzará prestigio en la escuela germana.

En los países de habla inglesa si bien el término confusión fue utilizado hasta el comienzo del siglo XX es la denominación de delirium la que se impuso incontestablemente para designar los cuadros somáticos con repercusión psíquica aguda (Lipowski). El término confusión mental, que no figura en el DSM-III-R de la American Psychiatric Association, conserva un lugar importante en la literatura psiquiátrica francesa. Algunos autores consideran que delirium y confusión mental son casi sinónimos, otros piensan que el primer término se reservaría sólo a los casos en que hay etiología orgánica mientras que el segundo, más abarcativo, incluiría como causa del síndrome a factores orgánicos pero también, aunque mucho menos frecuentemente, a factores psicógenos consecutivos a traumatismos emocionales intensos.

J.C.Stagnaro

2) en ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico. Si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico; por ejemplo, un episodio maniaco que explicaría la agitación y la alteración del sueño".

Vertex: ¿Cuál es el itinerario metodológico a seguir para fijar el diagnóstico etiológico?

Alvarez: La primera cosa a investigar son los antecedentes del paciente. Para comenzar averiguar si estaba consumiendo algún fármaco (ver Cuadro 1), en particular los que tienen acción atropínica. En ese caso proceder a suspenderlos y esperar, si mejora estábamos frente a una intoxicación medicamentosa. Hay que tener en cuenta que a veces ésta no depende de la dosis sino de la idiosincrasia o del estado general del sujeto; es decir, de fenómenos ligados a la farmacocinética de la droga tales como capacidad de ligazón a proteínas, metabolización, excreción, volumen sanguíneo, etc. En algunos casos el cuadro se presenta por que un fármaco que se estaba consumiendo ha sido suspendido y la confusión aparece como complicación del síndrome de abstinencia. Esto último se verifica también con el consumo de alcohol, bajo la forma del delirium tremens en la intoxicación aguda o en los días posteriores a un intento de abstinencia alcohólica. También se puede desencadenar la confusión como consecuencia del consumo de drogas no farmacológicas como las anfetaminas, el ácido lisérgico, la cocaína, la marihuana, etc.

Si, luego de la suspensión de los eventuales medicamentos que se estuvieran consumiendo no hay mejoría, y no ha habido alcohol u otros tóxicos en juego, tendremos que pensar en otras causas tales como alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos hormonales agudos como el hipertiroidismo, carencia de vitamina B₁₂, hipoxias severas por enfisema avanzado y otras muchas enfermedades que en un grado importante de evolución pueden complicarse con una confusión mental (ver cuadro 2).

Resumiendo, ante un síndrome de confusión mental verificar primero si hubo consumo de tóxi-

cos, alcohol o medicamentos, luego explorar trastornos orgánicos por medio de estudios complementarios de laboratorio y radiología habituales y si todo ello es normal hay que pensar en otras causas y ampliar los estudios en especial neurológicos (T.A.C., EEG, fondo de ojo, LCR, etc.) investigando enfermedades de menor prevalencia. Por supuesto que aquí presento con fines didácticos una secuencia de pasos que en la práctica son más o menos simultáneos: interrogatorio al paciente y a su entorno, exámen físico y psíquico, estudios complementarios. Con un cuadro agudo de este tipo no hay tiempo que perder, se debe actuar rápido y eficazmente (ver cuadro 3).

Vertex: Para instalar una terapéutica.

Alvarez: Sin duda. En primer lugar logrado el diagnóstico etiológico se debe tratar la enfermedad de base. Proceder a la suspensión de medicamentos que puedan haberlo producido, restablecer el equilibrio hidroelectrolítico y el balance calórico si estuvieran alterados. En caso de agitación hay que proceder a la sedación. Respecto de esto cabe decir que un cuadro de confusión en un servicio de medicina general o de terapia intensiva es generador de gran movilización y angustia en el personal de enfermería y aún entre los médicos no habituados a la confrontación con las alteraciones psíquicas de las personas. Los médicos jóvenes desesperan, se llama al psiquiatra de urgencia. No se puede salir de esa situación salvo que se sea muy contundente en la respuesta terapéutica medicamentosa como para calmar al paciente y con esto a su entorno. Sin embargo revisando los textos de urgencias psiquiátricas, terapia intensiva y neurología se constata que todos los autores, incluyendo a Lipowski que ha trabajado mucho el tema, son bastante vagos e imprecisos en las pautas a seguir para el tratamiento de la confusión mental.

Se puede utilizar el haloperidol, los americanos lo utilizan y en dosis muy superiores a las que estamos acostumbrados nosotros. Entre los tranquilizantes menores he tenido muy buen resultado con el lorazepam y en última instancia si la agitación es

Cuadro 2. FACTORES ETIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE CONFUSIÓN MENTAL
(Lipowski, 1980)

Causas tóxicas:

- alcoholismo
- toxicomanías
- síndromes de abstinencia
- consumo de medicamentos
- intoxicación por óxido de carbono, solventes orgánicos, metales pesados, etc.

Causas endocrino-metabólicas:

- hipoxia
- encefalopatías hepáticas, renal, respiratoria, pancreática.
- hipoglucemia
- trastornos del equilibrio hídrico (intoxicación por agua...), del equilibrio electrolítico (hiponatremia, hipercalcemia, etc.), del equilibrio ácido-base.
- ceto-acidosis diabética
- trastornos endocrinos
- carencias vitamínicas (B1, B6, folatos, B12...)
- porfiria aguda intermitente
- síndrome carcinoide

Causas infecciosas

- infecciones sistémicas: paludismo, septicemia, fiebre tifoidea, tífus, hepatitis infecciosa, etc.
- infecciones intracraneanas agudas
 - bacterianas (meningitis, absceso, empiema subdural)
 - virales (meningitis, encefalitis)
 - micóticos.
 - parasitarias
 - infecciones intracraneanas crónicas (meningitis tuberculosa, neurosífilis)
 - encefalomielitis post - vacunación.

Causas neurológicas

- epilepsia
- traumatismo craneano
- proceso expansivo intracraneano
- accidente cerebral vascular (isquémico o hemorrágico)
- encefalopatía hipertensiva
- vascularitis (enfermedad de Horton, periarteritis nudosa, etc.)
- migraña
- enfermedad de Alzheimer.

Causas cardio - vasculares

- insuficiencia cardíaca
- trastornos del ritmo

Causas hematológicas

- anemia
- trombocitopenia
- poliglobulia
- macroglobulinemia

Causas psiquiátricas

- shock emocional
- privación sensorial
- privación de sueño

muy intensa se pueden utilizar los viejos esquemas de clorpromacina, levomepromacina y prometacina por vía parenteral, independientemente o asociados, manteniendo una estricta vigilancia sobre los efectos secundarios que pueden agravar el cuadro de base.

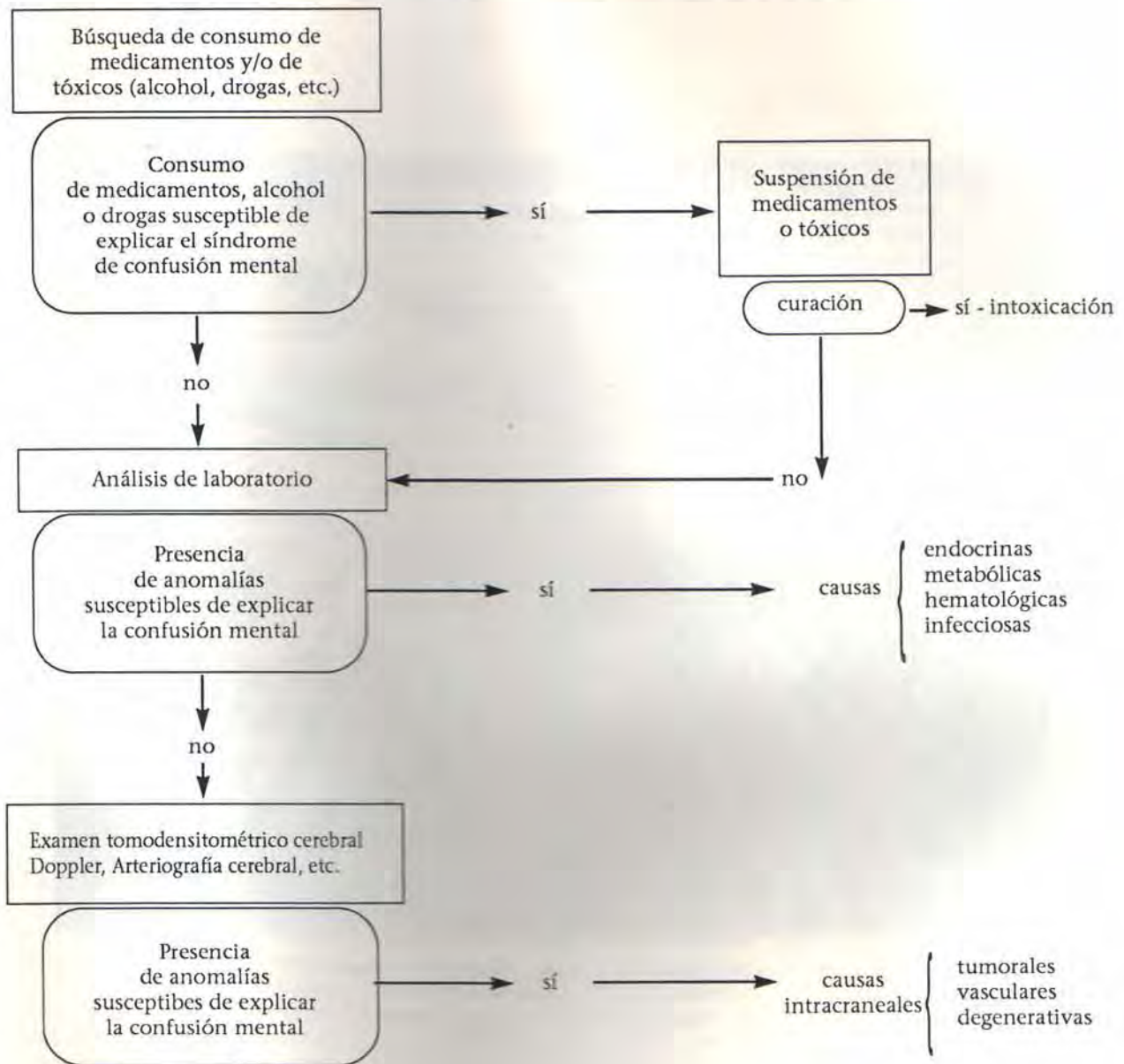
Todos los autores coinciden, Lipowski el primero, en que si se logra la recuperación del sueño, es decir si los pacientes pueden dormir varias horas seguidas, se comienza a obtener la mejoría.

A todo esto se deben agregar una serie de medidas generales. Su puesta en práctica requiere explicar al personal de enfermería y a la familia lo siguiente: el paciente no debe permanecer a oscuras ni con gran

luminosidad, la iluminación debe ser tenue pero permanente; dejar a su disposición un reloj y un calendario, informarlo sobre la fecha en que vive tantas veces como lo pregunte; colocar cerca de él algún objeto familiar, fotos de sus parientes, pequeños adornos. El personal de enfermería, sobre todo en clínica general, debe comprender que no se trata de un "loco incurable" sino de un estado transitorio y reversible.

Vertex: Para terminar pasemos revista a la patogenia de este síndrome. Su unidad clínica y la diversidad de las causas que lo desencadenan hace pensar en un mecanismo único que actuaría como

Cuadro 3 EL SINDROME DE CONFUSION MENTAL
Investigación etiológica



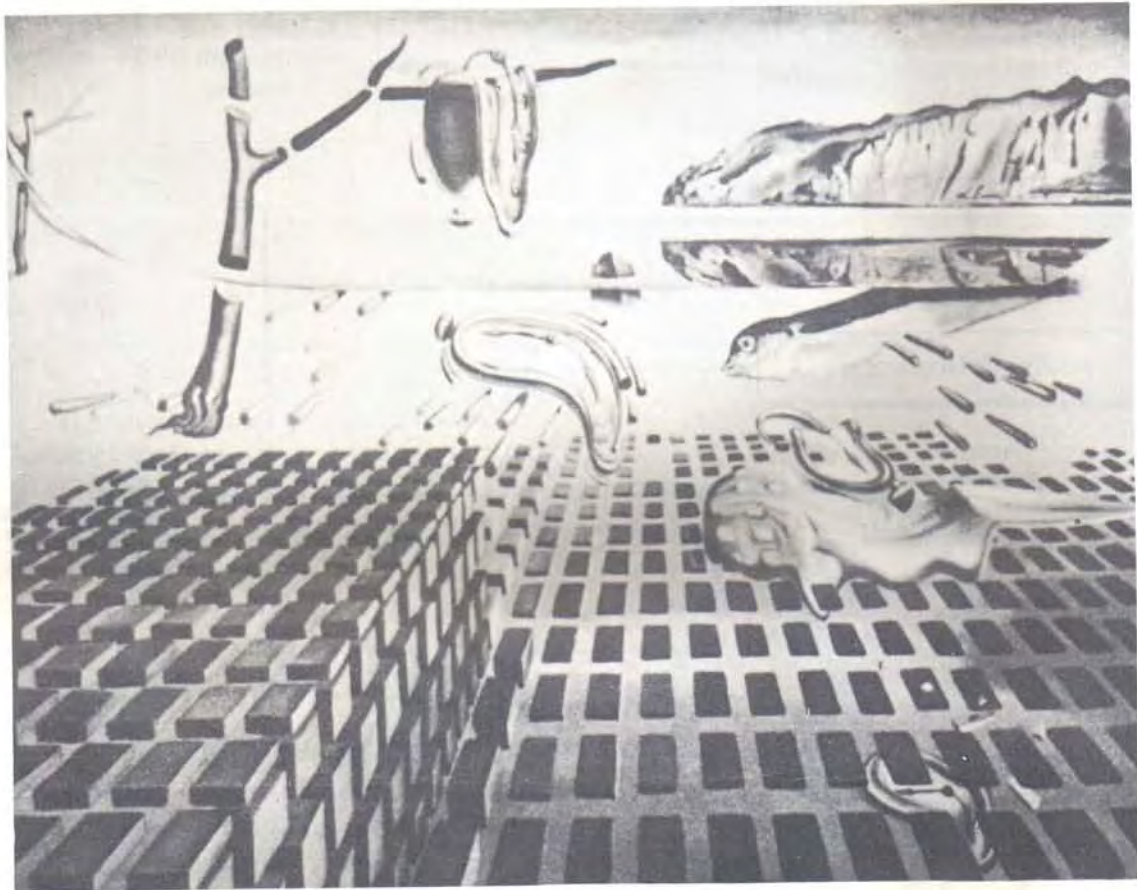
Adaptado de: Pratique Neurologique. Christian Derouesné. Ed. Flammarion Medecine Sciences. París 1983.

una especie de "vía final común" a las más variadas noxas.

Alvarez: Algo así parece suceder. Se han postulado diversos mecanismos para explicarlo pero actualmente se piensa que se trata de una alteración masiva de la neurotransmisión cerebral por déficit de acetilcolina. Prueba de ello sería que los anticolinérgicos agravan el cuadro y que la fisostigmina, por su actividad anticolinesterasa, se ha ensayado con resultados espectaculares para revertirlo. Sin embargo, su empleo tiene limitaciones debido a sus efectos colaterales, sobre todo en ancianos.

Este déficit en acetilcolina sería la consecuencia co-

mún de diversas alteraciones metabólicas celulares implícitas en los cuadros que hemos mencionado. Ya en 1966 Itil y Fink señalaban que los anticolinérgicos producen efectos: estimulan el sistema reticular activador ascendente medial que a su vez inhibe la corteza cerebral, pero también estimulan el sistema difuso de proyección talámico medial que facilita la actividad cortical. El nivel de funcionamiento relativo de estos dos sistemas arrojaría en un momento dado un saldo en el que primaría una mayor o menor actividad de vigilancia y una mayor o menor actividad psicomotora ■



Desintegración de la persistencia de la memoria
1952-1954. Oleo sobre tela, 25 x 33 cm.
Museo Dalí de San Petersburgo, Florida
Fundación Reynold Morse

LECTURAS & SEÑALES

LECTURAS

Meltzer, D., DESARROLLO KLEINIANO. Parte I: El desarrollo clínico de Freud (método, datos, teoría); Parte II: Richard, semana a semana; Parte III: El significado clínico de la obra de Bion. Spatia, editorial, Buenos Aires, 1990, 3 tomos, 395 pág.

Harris, Marta y Meltzer, D. FAMILIA Y COMUNIDAD. Modelo Harris-Meltzer. Spatia, editorial, Buenos Aires, 1990, 1 tomo, 64 pág.

Spatia, editorial, nos ha presentado el año pasado un conjunto de libros que representan una parte de la producción de Donald Meltzer, el profundo autor que ha marcado, en mi opinión, hitos fundamentales de una profundización de los desarrollos psicoanalíticos. "El proceso psicoanalítico", "Estados sexuales de la mente" y "Exploración del autismo" (en colaboración), fueron los pilares, junto con una serie de otros trabajos de igual significación.

Hoy tenemos ante nosotros los tres tomos que, bajo el título de "Desarrollo Kleiniano", constituyen el gran mural de una línea teórica que ya había abordado en la primera parte de "Estados sexuales de la mente", en la mejor tradición conceptual de la "metapsicología".

Pero Meltzer hace algo más. Desde su experiencia de clínico y docente, nos ofrece un seductor "objeto interno" ("seductor" en el buen sentido): una parte de su "interioridad", que ha alcanzado un alto grado de integración sobre "varios ejes paramétricos", como además podemos reafirmar, si a las obras citadas agregamos "Familia y Comunidad", ese objeto "Arquitectónico" que modela con Marta Harris.

Meltzer nos trae una continuidad Freud-Klein-Bion, "... una visión 'longitudinal'... que ayude a rectificar confusiones conceptuales...", "revisión cuasi-sistemática" de formulaciones, "... una crítica no reverencial...", es decir, no narcisista. "Mi Freud, mi Klein y mi Bion quizás no se corres-

pondan precisamente con los de otras personas. Me sentiría apenado si, por lo menos, no resultaran congruentes con la representación que de ellos tienen un pequeño grupo de colegas...".

El énfasis de su trabajo se centra "en los métodos de observación y de pensamiento.", tratando las formulaciones alcanzadas por Freud, Klein y Bion "... no tanto como teorías científicas sino, más bien, como recursos metafóricos para organizar la descripción de los fenómenos.". Define así una interesante posición metodológica, que puntualmente podía ayudar a aventar peleas "inter-escuelas". Remarca también, una vez más, la necesidad de seguir encontrándose por ahora en el campo empírico de la clínica, y detectar los elementos "diseñados para ser utilizados en el consultorio", como dijera Bion, para poder trabajar juntos.

Meltzer tampoco deja de recordarnos que conocer a Freud, Klein o Bion puede no pasar por leer los Freud, Klein o Bion de Meltzer.

El Modelo Harris-Meltzer que nos presenta el volumen "Familia y Comunidad", sus autores lo fundamentan en Freud, K. Abraham, W. Bion, R. Money-Kyrle y Meltzer. Obviamente que no se trata de una modelización kleiniana como la de "Estados sexuales de la mente". Explícitamente se apoya en el concepto de la metapsicología que creara Freud, pero con un agregado de dos nuevas dimensiones a la estructural, dinámica, económica y genética: la geografía "de la fantasía" y sus espacios, y la epistemológica o educativa.

En la introducción es postulado como "marco de referencia para la estructuración de la investigación sociopsicológica en la función educacional de la familia en nuestra cultura..." "Esta referencia no debe alejar al lector que se acerca con un interés fundamentalmente clínico: el último capítulo, "Los usos del Modelo", divide a estos en metodológicos, diagnósticos y terapéuticos.

Sería pretencioso querer dar aquí una impresión global del Modelo. Me limitaré entonces a consignar algunas de las precisiones que nos brindan los autores sobre los pasajes entre indivi-

duo, familia y comunidad, a guisa de adelanto que espero actúe de disparador del interés por el libro. Dejaré pues a un lado las referencias a la modelización de la interioridad del individuo, bastante más compleja por razones metodológicas obvias.

Marta Harris y Meltzer nos plantean que "... el concepto central del modelo es el problema de contención y distribución del dolor mental conectado con el crecimiento y el desarrollo de los miembros de la familia-en-la-comunidad", a partir del "dogma" psicoanalítico, que no hay desarrollo sin dolor mental ("generalmente llamado ansiedad").

Se trataría de trazar las implicaciones de la visión psicoanalítica del individuo, para la comprensión de los pasajes a nivel de las estructuras multiindividuales sociales.

Las funciones de la familia son expuestas como "generar amor, promulgar odio, promover esperanza, sembrar desesperanza, contener el dolor depresivo... pensar", sin que haya relación establecida con los roles nominales. Esto se juega ya sea en forma de acciones o comunicaciones, "... con tendencia a delegar las funciones en los miembros individuales, colocándolos en un conflicto funcional con su contraparte". Las funciones pueden ser asumidas, impuestas o estar en suspenso, en cuyo caso se forma un foco de caos.

Desde el ángulo comunitario el modelo trata de poder visualizar "el carácter de la comunidad que influye sobre la estructura de la familia y aporta así influencias formativas, o reacciona con ella, dentro de los límites especiales de su impacto en el desarrollo y la educación de los niños.", y sólo dentro de estos límites, pues no pretende teorizar en el campo de lo social. Se trata del nivel en que la comunidad denota un aspecto emocional y una actitud particular de ésta con la que interactúa la familia en cuanto familia, o el individuo en cuanto representante de la familia o cumpliendo un papel en la organización social.

Va de suyo que este modelo, por lo pronto, tiene implicancias para la profundización en la discusión acerca del

lugar del psicoanálisis de la pareja y la familia, al que el psicoanálisis argentino también tanto aportó y aporta.

Spatia, editorial, nos anuncia para estas semanas, en la línea de la publicación de los libros del Roland Harris Trust de Londres, y en particular de la obra meltzeriana, "Aprehensión de la belleza" y "Metapsicología ampliada", que ya sabemos traen nuevos desarrollos en la línea de Meltzer que ahora podán ser conocidos con una mucho mayor difusión...

R. Epstein

Grosskurth, P. MELANIE KLEIN, Su mundo y su obra. Paidós, Buenos Aires, 1990, 552 págs. (Título original: *Melanie Klein Her World and Her Work*, Maresfield Library, London, 1986.).

"Pocos profesionales se han visto sometidas a tanta malicia y a rumores, aceptados como hechos, tan numerosos como los que debió soportar Klein durante su vida y después de su muerte. Espero haber presentado en este libro una valoración más equilibrada", con estas palabras cierra Phillis Grosskurth el prólogo de esta apasionante biografía. Cinco años de trabajo e investigación bibliográfica, decenas de personalidades del mundo psicoanalítico entrevistadas, así como familias y amigos dan a la obra, que se reconoce tributaria de los trabajos sobre el tema escritos por H. Segal, una solidez y riqueza incontestable.

Vertex

Garza Guerrero, C. EL SUPERYO EN LA TEORIA Y EN LA PRACTICA PSICONALITICAS. Universidad Autónoma de Nuevo Leon y Edit. Paidós Mexicana. Biblioteca de Psicología Profunda. México, 1989, 434 págs.

Extenso y documentado trabajo que iniciándose con una revisión crítica del concepto de superyo y de su desarrollo desemboca en sus aplicaciones clínicas en relación a las estructuras limítrofes, neuróticas y los trastornos psicósomáticos. Algo a destacar, en particular, es el Cap. VI de la Segunda Parte en el que Garza Guerrero expone los problemas del diagnóstico diferencial en psiquiatría y psicoanálisis intentando formular un esquema de "diagnóstico integral".

Profundamente influido por su formación en la Escuela Menninger de Topeka, Kansas, el autor, psiquiatra y psicoanalista, se inscribe resuelta aunque originalmente en la senda de reflexión abierta por O. Kernberg.

Vertex

FREUD Y EL PSICOANALISIS - ESCRITOS Y TESTIMONIOS. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Fondo Editorial, Luis Valera Editor. Lima, 1989, 572 págs.

Un lujoso volumen editado en conmemoración del vigésimo aniversario del fallecimiento de Honorio Delgado (1892-1969) reúne veinticinco escritos psicoanalíticos del maestro peruano. Con un importante prólogo de Javier Mariategui este libro incluye con Introducción, Traducción y Notas de Alvaro Rey de Castro Iglesias la correspondencia inédita de Sigmund Freud a Honorio Delgado entre 1919 y 1934. Es decisión de la U.P.C.H. publicar la obra completa de Delgado en una serie de volúmenes que aparecerán sucesivamente hasta 1992.

Vertex

Whitaker, C. A. y Bumberry M., DANZANDO CON LA FAMILIA, Paidós, Buenos Aires, 1990, 217 Págs.

Llama la atención el título con el que el Dr. W. Bumberry recoge los fundamentos de la práctica clínica de su maestro.

El grupo de psiquiatras al que perteneció C. Whitaker concitó amplio reconocimiento en el ambiente de psicoterapia familiar en EEUU., por los trabajos de orientación psicoanalítica referidos a los problemas de la transferencia y la contratransferencia.

El concepto de psicoterapia experiencial giró precisamente sobre la base de la transferencia como experiencia de cambio.

Iniciado en la década de los '60 este enfoque es definido como una estructura de sobreposición secuencial entre la relación de transferencia y la relación existencial (Malone, Whitaker, Felder y otros), de modo que el énfasis terapéutico busca un fuerte incremento de los aspectos expresivos y emotivos (sic) de la relación terapeuta-paciente.

Ya desde sus aportes de 1958 Whitaker propugnaba la puesta en acto de las dificultades de la transferencia familiar, y proponía trasladar al aquí y ahora del encuadre, la angustia y la afectividad del terapeuta. Decía "cuando el terapeuta expresa sus sentimientos a la familia, resultan más útiles para ésta que cuando se las mantiene ocultas". De ahí lo del título, su sugerencia y/o consejo para el trabajo clínico sería "meterse en el baile y bailar". Para este grupo, "lo oculto" de la conflictiva, remite a la intención de lo presente, no al registro de lo inconsciente.

El capítulo II abre paso a lo que el

autor llama "sus creencias", útil y honesta puesta en discurso que alerta sobre lo que será el resto del libro. Una síntesis de lo que se expresa lo encontramos en una línea que dice "toda terapia que resulta útil implica cierto grado de agonía y lucha". Angustia y confrontación acercan al lector a "la verdad del autor", claro que verdad terapéutica, como es aclarado. De esta simiente crecen muchas páginas en las que se insiste en el coraje, la honestidad y la libertad como atributos terapéuticos. Parecería ocioso subrayar que este tipo de propuesta conlleva la consideración del tema del "poder" en la relación terapéutica. Ideología del poder para que mediante la expresión de la emocionalidad se produzcan los desplazamientos transaccionales deseados. Como el autor anota este sesgo ideológico, de inmediato aclara en un capítulo el problema que el terapeuta asuma toda la responsabilidad. Será quizá por que una cosa es bailar y otra que te "pisen" todo.

Más interesante apuntaba el tema derivado de enfocar el lugar del terapeuta como el de padre simbólico, pero se pierde el intento en alertas acerca de las "manipulaciones de los pacientes", cuestión que se resolvería por el de la honestidad del terapeuta

Otro aspecto que destaca el autor, deviene de la atención que se le presta al inicio del tratamiento, al que denomina en el cap. III como "la batalla de la estructura". Concepto que sintetizamos como el momento perturbador para la homeostasis, y el rompimiento del sistema de lealtades familiares previas al inicio del tratamiento. Idea ya esbozada en el trabajo que sobre la transferencia fue el tema del capítulo VIII del libro de Iván Borzormenyi-Nagy, ("Terapia familiar intensiva" de 1965.) Al concepto de batalla estructural sigue el de batalla por la iniciativa. Nuevas metáforas relativas a la ideología del poder, y su corolario "las batallas"

Es en el cap. IV donde el autor desarrolla el nudo teórico de su enfoque denominado simbólico-experiencial. Es aquí donde se homologa la idea de lo simbólico a lo estructurado y/o estructura de lo latente, así hace desfilar —a modo de ejemplos—, un caleidoscopio de diferentes órdenes de ordenamientos tales como: la red subterránea de los servicios de una ciudad; el conjunto ligado de lo reprimido "nuestra cultura prohíbe la expresión de estos impulsos básicos", y por fin el mundo simbólico ligado a cada caso como metodología de cada familia. Pues bien, esta sumatoria dispersa de ideas que tienden a representarnos el concepto de estructura, es

remitido, —al final— al "intento u objetivo terapéutico de abonar el sistema de representaciones que subyace en lo que se está diciendo realmente"; para mí, dice el autor "la terapia simbólica es un intento de penetrar un territorio de la vida más holístico, para no quedarse atrapado en el territorio del pensamiento"(¿) una especie de extrapolación del viejo modelo gestáltico.

Se opone a lo que llama cambio educativo, propone la mostración, en tanto "el terapeuta debe estar dispuesto a exponer algunas de sus propias experiencias simbólicas"(?).

Algunas indicaciones teórico-técnicas, señalan el beneficio de provocar confusión y/o cambiar los roles familiares, para "sembrar en el inconsciente"... Concepto modal, que recibe únicamente esta mención, podría ser redefinido a partir de esta idea, como inconsciente: lugar de sembradíos para C. Whitaker.

El capítulo VI, llamado el dilema universal para el autor, es la relación hombre-mujer, recoge ideologías y localismos, prejuicios y conserjería. Quien hace este comentario, reconoce una fuerte dificultad para tomar este capítulo como algún libretto que exceda las de los almuerzos televisivos. El resto del texto recoge descripciones acerca de la infelicidad; la importancia de pinchar el globo de la fantasía de los pacientes: hacerles superar ilusiones de fusión y los reiterados conceptos de respeto profesional, responsabilidad y coraje.

En suma el texto recorre las claves del trabajo terapéutico regido por el axioma de la transacción. El aporte de las experiencias clínicas de los autores, brindará utilidad para quienes participen del conjunto de opiniones de los autores, con la condición de que el lector registre en su experiencia las claves transferenciales que se describen, y participe con sus pacientes del estilo coloquial en que se muestra este trabajo ■

Antonio Brenes

SEÑALES

II Congreso Argentino de Psicología y Psicoterapia de Grupo

I Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones vinculares. Se realizará del 5 al 8 de junio de 1991 en el Centro Cultural Gral. San Martín de Buenos Aires, con la Presidencia de J. Pujet y las vicepresidencias de M. Bernard e I. Berenstein. El tema central será la Teoría y la Clínica de las configuraciones Vinculares. La organización estará a cargo de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Informes: Gorriti 4257 (1414) Cap. Fed. Tel.: 862-7959.

L'Information Psychiatrique

Revista de los psiquiatras de los hospitales de Francia, dirigida a todos los miembros del campo "psi", ya está en circulación en nuestro país. Con Pierre Noël como Jefe de Redacción y un importante equipo de colaboradores, aparece esta publicación en nuestro medio, con una suscripción a valor promocional para los profesionales argentinos. Informes y pedido de promotor: Rincón 1426, Cap. Fed. Tel.: 941-8986.

Donald Meltzer en Buenos Aires

Donald Meltzer estará en Buenos Aires, invitado por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, para un trabajo intensivo de supervisiones colectivas y una conferencia sobre sus ideas más actuales.

Como actividad de introducción a sus ideas, se dictará un programa de conferencias: 1. "Conflicto estético" (Dres. Nora Barugel, A. Gallo, Sheila

N. de López y Virginia Ungar), 14 de marzo; 2. "Adolescencia" (Dres. A. Aryan, Berta M. de Solá, Clara N. de Urman y S. Zysman), 19 de marzo; 3. "Familia y comunidad" (Dres. Elizabeth T. de Bianchedi, Silvia N. de Dimant, Benito M. López y María I. Siquier), 21 de marzo; 4. "Claustro y continente" (Dres. H. Etchegoyen, Felisa W. de Fisch, A. Hahn [Inglaterra], y M. Rabih), 26 de marzo, que será coronada por la disertación de D. Meltzer, el 4 de abril en el mismo horario de 21 a 23 horas, sobre "Desarrollos recientes".

Para información e inscripción, dirigirse a APdeBA, Maure 1852, Tel.: 775-2985/7867.

Escuela de actualización de postgrado

En el Servicio de Emergencias I del Hospital J. T. Borda se dictará el Curso Anual "Clínica de la Psicosis 1991", bajo la dirección del Dr. N. Stingo y la Dra. M. Fudín.

Este curso que cuenta con el aval de la Facultad de Medicina de la UBA, está dirigido a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, profesionales de la salud y estudiantes avanzados.

La inscripción comienza en el mes de marzo de 9 a 12 horas, en el Hospital J. T. Borda, 1er piso, Serv. de Emergencias I, Barracas 375, Buenos Aires ■



INSTITUTO INSGREBER

Para la promoción de la salud mental y el tratamiento intensivo de todas las enfermedades neurosíquicas agudas o crónicas

INSTITUTO "Dr. Gregorio Bermann"

Escuela de Psiquiatría y Salud Mental

Curso de especialización en Psiquiatría para médicos y psicólogos de 3 años de duración con reconocimiento del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

Dirección General: Dra. Sylvia Bermann

Dirección Docente: Dr. Elpidio Olivera

Dirección Médica: Dr. Roland Colina

Cib. Vidua del Pino 3150 B² Las Rosas, Tel.: (051) 80-7073 y 89-1480. Córdoba

VERTEX se encuentra en venta en las siguientes librerías:

Buenos Aires

♦ Ave Fénix	Av. Pueyrredón	1753
♦ Ave Fénix	Salguero	2527
Del Virrey	V. Loreto	2407
Fausto	Av. Santa Fe	2077
Fausto	Av. Santa Fe	1715
India Song	Av. Las Heras	2412
Letra Viva	Av. Cnel. Díaz	1837
Norte	Av. Las Heras	2225
Paidós	Av. Las Heras	3741
Penélope	Av. Santa Fe	3673
Pié de Página	Av. Las Heras	3055
♦ Santa Fe	Av. Santa Fe	2928
♦ Santa Fe	Av. Santa Fe	2386
♦ Santa Fe	Av. Santa Fe	2582
Voces	Av. Santa Fe	3480

y en las librerías de los Hospitales Israelita, Borda (Lib. Salerno), Moyano, Estévez, Alvear, Ameghino y en las de A. P. A. (Lib. Kargieman), APdeBA (Lib. Marcos), SABA y CEP.

Córdoba

Arco Iris	Dean Funes	167
El Aleph	Av. Colón (loc. 52)	359
El Boulevard	Obispo Oro	305
El Espejo	Av. Velez Sarfield (loc. 23)	156
Maidana Libros	Dean Funes (loc. 6)	236
Nubis	Dean Funes	163
	(partido de Santa Catalina)	
Paydeia	Dean Funes	73
Rayuela	Av. Colón	678

y en Hosp. Neuropsiquiátrico Provincial (Sr. Antonio Moro), Hospital Colonia Santa María de Punilla (Lic. Conba) Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (Sra. Eugenia Karlen)

Mendoza

"Historias de..." Av. San Martín y Sarmiento

Rosario

La Copia Fiel Entre Ríos 716



SOLICITUD DE SUSCRIPCION

.....

APELLIDO NOMBRE/S

PROFESION

DIRECCION COD. POSTAL TEL

CIUDAD PAIS

Envío cheque bancario o postal por la suma de

.....

FECHA FIRMA

Enviar la solicitud de suscripción a Charcas 3939 - P. B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
 Cheques a nombre de VERTEX - Precio por ejemplar: 10 USA - Precio de la suscripción a 4 números: En la Argentina: 35 USA
 Médicos residentes y estudiantes: 20 US\$ - En el extranjero 50 USA (gastos de envío incluidos)