



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

120



## EL GERIÁTRICO

*Abraham / Butinof / Cabello / Dahl / Danel / Gassmann / Guri / Iacub  
Jauregui / Matusevich / Mune / Pisa / Robledo / Rodríguez G.  
Rodríguez R. / Rubin / Szulik / Vera*

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

Volumen XXVI – Nº 120 Marzo – Abril 2015 – ISSN 0327-6139

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**  
Secretario:  
**Martín Nemirovsky**

#### **Comité Científico**

**ARGENTINA:** F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

#### **Comité Editorial**

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

#### **Corresponsales**

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

#### **Corresponsales en el exterior**

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

#### **Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría**

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVI Nro. 120 MARZO - ABRIL 2015

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

Informes y correspondencia:  
VERTEX, Moreno 1785, piso 5  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181  
E-mail: editorial@polemos.com.ar  
www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:  
Laura Carosella

Diseño  
Marisa G. Henry  
marisaghenry@gmail.com  
Impreso en:  
Sol Print SRL,  
Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina de  
Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

Indizada en el  
acopio bibliográfico  
*"Literatura  
Latinoamericana en  
Ciencias de la  
Salud" (LILACS) y  
MEDLINE.*

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa*

*"El geriátrico"*

Artista: Florencia Burgos

Técnica: Dibujo con marcadores y  
microfibras sobre papel  
15cm x 15cm

Año 2015  
[mflorenciaburgos@gmail.com](mailto:mflorenciaburgos@gmail.com)

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

#### • *Cannabis*: realidades alternativas (CRA)

Gonzalo D. Galván, Manuel Guerrero,  
Jhon Pinedo López, Ricardo García pág. 85

#### • Relación de las características de pacientes con trastornos por abuso de sustancias con sus niveles de satisfacción por el tratamiento

Juan M. Gómez Penedo, Damián Barreiro, Andrés J. Roussos pág. 92

### DOSSIER

#### EL GERIÁTRICO

#### • Impacto del envejecimiento en la psiquiatría

Romina Rubín, Ricardo Jauregui pág. 100

#### • Los trastornos de personalidad y la institución geriátrica

Judith Szulik pág. 109

#### • Aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias en instituciones geriátricas

Laura Mune, Hugo Pisa pág. 115

#### • El erotismo de las personas con demencias en las residencias para adultos mayores

Ricardo Iacub, Rosa Rodríguez pág. 120

#### • Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba: ¿objeto de cuidado o sujetos de derecho?

Mariana Butinof, Ana Karina Guri, Guadalupe Rodríguez,  
María Daniela Abraham, Yanina Vera, Jessica Gassmann pág. 125

#### • Etnografía geriátrica asociada a procesos de supervisión a equipos gerontológicos

Paula Mara Danel pág. 132

#### • Otra cara de la institucionalización.

#### La versión Alice Munro

Daniel Matusevich pág. 138

#### • Limitaciones del paradigma biomédico en las instituciones geriátricas

María L. Robledo, Cecilia Cabello, Silvina Dahl pág. 143

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

#### • Klaus Conrad: la esquizofrenia incipiente

Norberto Aldo Conti pág. 147

#### • La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio. El caso Rainer como caso típico de brote esquizofrénico

Klaus Conrad pág. 149

### LECTURAS Y SEÑALES

#### • Excesos del cuerpo. Ficciones de contagio y enfermedad en América Latina

Daniel Matusevich pág. 159

### EDITORIAL



*La violencia es una de las principales causas del malestar en este principio de siglo. Como toda pauta cultural, la de la violencia es un producto de la sociedad. Es un adulteramiento de las relaciones humanas como producto de conflictos insolubles por otros medios a nivel de las instituciones y clases sociales, grupos de pertenencia y familias.*

*En el nivel macrosocial el comercio de armas, los conflictos provocados por la obtención de fuentes de energía y alimentos, la predominancia del capital financiero especulativo por sobre las economías productivas, las luchas interétnicas, etc., generan niveles inéditos de violencia y sufrimiento humano.*

*En lo microsociales los problemas macroeconómicos y macropolíticos repercuten en al menos dos niveles: la violencia juvenil y la violencia familiar. En los EE.UU., los menores de 18 años cometen el 14% de todos los asesinatos, el 15% de todas las violaciones, el 24% de todos los asaltos y el 43% de todos los robos de autos.*

*La familia es la unidad fundamental sobre la que está constituida la sociedad, y una de sus funciones principales es la creación de un ambiente armónico de funcionamiento que brinde apoyo y seguridad a sus integrantes. Las víctimas principales de violencia familiar son las mujeres, los niños y los ancianos. La violencia se está convirtiendo en un problema cada vez más serio en los países de América Latina. Muestra de ello es que, según datos ofrecidos hace ya más de dos décadas por las Naciones Unidas, una de cada cuatro mujeres es afectada por la violencia conyugal. Las estadísticas son por demás elocuentes, el crecimiento de la violencia en todas sus manifestaciones es un fenómeno planetario.*

*Es evidente que la desarticulación de la familia influye directamente en este problema. La crisis del trabajo y la falta de oportunidades para conseguir un empleo digno empuja a los jóvenes hacia la delincuencia, tal como lo demuestran las clásicas investigaciones del sociólogo norteamericano James Petras en cinco ciudades de los EE.UU.: Detroit, Boston, Nueva York, Chicago y Newark. Cuando caen la industrialización y el empleo industrial, aumentan la delincuencia y el crimen. Otra investigación del mismo Petras efectuada en Barcelona ("Padres e hijos, dos generaciones de la clase trabajadora bajo el impacto del neoliberalismo") corrobora absolutamente los resultados anteriores. En el informe que tuvimos la oportunidad de presentar ante el Tribunal convocado por los organismos de Derechos Humanos que juzgó las consecuencias del Estado neoliberal, hace ya más de diez años, arribamos a las mismas conclusiones para nuestro país luego de atravesar la crisis de 2001.*

*El incremento de la violencia familiar es otro dato de la realidad que tiene evidencia estadística: la comuna porteña recibe más de 40 llamadas diarias que denuncian hechos de violencia familiar.*

*Más de la mitad tienen que ver con maltrato físico a menores y un 25% con maltrato emocional. Las víctimas, como siempre, son los más débiles e indefensos, en el 55% de los casos la violencia se ejerce sobre niños de 0 a 12 años. Algo similar se vislumbra en relación a las mujeres. Entre los victimarios se viene produciendo un aumento significativo de profesionales con título universitario, para dejar claro que la violencia no es solo una cuestión de falta de educación o de pobreza.*

*Las consecuencias de esta cultura de la violencia se reflejan en las consultas que recibe el psiquiatra y complican, cuando no son el principal factor patógeno, los cuadros que debe atender el especialista, generando la necesidad de planes terapéuticos que exceden ampliamente las formas clásicas de intervención en el tratamiento de los trastornos mentales ■*

**Juan Carlos Stagnaro**

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

## TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2015

*Vertex 119 / Enero - Febrero*  
**LAS TERAPIAS DE  
"TERCERA GENERACIÓN"**

*Vertex 120 / Marzo - Abril*  
**EL GERIÁTRICO**

## Fe de erratas

En el número 119 de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, en el artículo "Antropología de las maldiciones (El poder de las palabras)", se omitió la publicación del nombre de una de sus co-autoras: la Dra. Adele Mobilli-Rojas (MD, Ph.D, Profesora del Doctorado en Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela). Asimismo, las adscripciones del Dr. José Refugio Reyes-Rivas aparecieron en forma equivocada, siendo las correctas: Profesor-Investigador. Departamento de Clínicas Médicas. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



## ***Cannabis: realidades alternativas (CRA)***

**Gonzalo Daniel Galván**

*Psicólogo; Doctor en Psicología  
Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Córdoba, Colombia  
Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Puerto San Julián, Santa Cruz, Argentina  
E-mail: galvan.patignani@gmail.com*

**Manuel Guerrero**

*Psicólogo; Doctor en Sociología  
Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Córdoba, Colombia*

**Jhon Pinedo López**

*Economista; Doctor en Urbanismo  
Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Córdoba, Colombia*

**Ricardo García**

*Médico Especialista en Psiquiatría  
La Rosa de los Vientos, Grupo de Estudio, Investigación y Abordaje Terapéutico en Salud. Córdoba, Córdoba, Argentina*

## Introducción

El cannabis (delta-9-tetrahidrocannabinol) es la droga ilícita más usada en todo el mundo (1) y su uso es particularmente prominente entre los adolescentes y los jóvenes adultos (2, 3). La edad promedio de inicio en el consumo es de 16 años (rango 13-18 años), observándose una tendencia temporal al inicio más precoz. El inicio temprano en el uso del cannabis está asociado con un uso más intensivo (1, 4) y mayores posibilidades de desarrollar dependencia (5, 6).

Los datos de Naciones Unidas estiman que el número total de personas que consumieron cannabis por lo menos una vez en 2007 se sitúa entre 142.6 millones y 190.3 millones, lo que significa que esta sustancia ha sido consumida por un 3.3% a 4.4% del total de la población mundial mayor de 15 años (1). En el contexto latinoamericano, Argentina (así como Uruguay y Chile) tiene una de las tasas de uso de marihuana más alta de la región y, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC), la prevalencia de vida del consumo de esta droga en la población de 16 a 65 años fue en 2008 de 7.2 % (7). Por su parte, en Colombia y Perú la prevalencia de consumo del último año (2009) se situó en 6.6%; 12.6% en Bolivia y 12.9% en Ecuador (8, 9).

La percepción de riesgo que se tiene de la droga es muy baja entre adolescentes y adultos, a partir de la creencia de que el cannabis es una "droga blanda" (10). Ésta creencia se fundamenta en ideas distorsionadas que se tienen acerca de la sustancia, su uso y consecuencias.

De acuerdo con Becoña Iglesias las creencias, actitudes, normas interiorizadas y la percepción de riesgo de la persona cobran un papel importante para la predicción de la intención conductual (11). La percepción de riesgo es una variable de relevancia para explicar el consumo o no de sustancias, el cual se mantendrá de acuerdo a las consecuencias negativas o positivas de éste. Las personas toman decisiones ante diversas situaciones o momentos de su vida diaria en función de que obtendrán consecuencias positivas y de esta forma evitan las consecuencias negativas. Por consiguiente, la percepción de riesgo que se tiene sobre las distintas drogas depende tanto del uso como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influyendo directamente en su consumo.

De acuerdo a la literatura especializada se sabe que el consumo de marihuana puede ocasionar múltiples trastornos y alteraciones. A nivel neuronal, las fibras de los axones sufren deterioro tras el consumo prolongado de cannabis alterando la conectividad entre las neuronas (12).

Así mismo, las funciones cognitivas se ven alteradas trastornando la actividad de la memoria a corto plazo, memoria de trabajo (particularmente la espacial), el rendimiento motor, atención sostenida, respuesta inhibitoria, toma de decisiones (menor racionalidad a pesar de consecuencias) y la interacción entre eventos cognitivos y emoción (13, 14).

Desde un punto de vista psicológico un consumo prolongado de cannabis disminuye los niveles de motivación, felicidad y de satisfacción con la vida (15). Además puede producir problemas comportamentales e inducir dependencia puesto que el cannabis estimula

---

### Resumen

En el presente estudio descriptivo de corte transversal, se hizo una evaluación en alumnos de enseñanza secundaria de la ciudad de Santa Rosa acerca de sus creencias sobre la marihuana y la percepción de riesgo que de ellas se derivan. Fueron encuestados un total de 83 hombres y 71 mujeres con edad promedio de 17 años. Se encontró que las percepciones de riesgo más altas giran en torno a los problemas legales que podría conllevar el uso de la marihuana y acerca de los efectos de la misma en las neuronas. Por otra parte, se detectó que las percepciones de riesgo más bajas están en torno a que fumar tabaco afectaba más los pulmones que fumar marihuana, acerca del posible desarrollo de dependencia por el uso de la marihuana y como el uso de la misma podría desencadenar un trastorno mental. Se hallaron diferencias significativas en función del género, ya que las mujeres percibieron un riesgo mayor que los hombres en que la marihuana puede desencadenar trastornos mentales y síndrome amotivacional, desgano y menores niveles de satisfacción con la vida. La percepción de riesgo en los adolescentes acerca de la marihuana es variable.

**Palabras clave:** Cannabis - Creencias - Percepción de riesgo - Adolescentes - Escuela.

CANNABIS: ALTERNATIVE REALITIES (CRA)

### Abstract

In this cross sectional and descriptive study, secondary school students from the city of Santa Rosa were questioned about their beliefs about cannabis and their risk perception derived from it. The sample consisted in 83 male and 71 female 17 year-old teenagers. On the one hand, it was found that the highest risk perceptions were related to the legal issues that might arise due to cannabis consumption, and to its effects on neurons. On the other hand, the lowest risk perceptions were associated with the belief/idea that smoking tobacco affects the lungs more than smoking cannabis, which might create dependence, and its use can cause mental disorders. Several significant differences were found as regards gender, since the female students noticed more risk than male students in that the consumption of cannabis can develop mental disorders, amotivational syndrome, lack of enthusiasm and less satisfaction with life. The teenager's risk perception about cannabis is variable.

**Key words:** Cannabis - Beliefs - Risk perception - Teens - School.

áreas de recompensa del cerebro a través de la activación del receptor *cannabinoide 1* (CB1) provocando el comportamiento de búsqueda de la droga (16, 17). Una de las variables que determina la dependencia a la sustancia es la mayor o menor potencia que la droga pueda tener. El cannabis, en ciertos lugares, es manipulado para aumentar su potencia. El *National Institute of Mental Health* (NIDA, EE.UU.) tras un monitoreo de 15 años llevado a cabo sobre 46211 muestras de cannabis secuestradas estableció que la potencia del THC varió del 3.4% (1993) al 8.8% (2008) (18).

Como consecuencia directa del uso, el cannabis, ocasiona intoxicación y puede estimular el abuso y dependencia. Además, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos (19, 20). De hecho, por una parte, el sistema cannabinoide está envuelto en la regulación del humor (21) y, por otra parte, la neurobiología del cannabis está ligada cercanamente a la de la esquizofrenia (22).

Los efectos y consecuencias del cannabis traspasan el sistema nervioso central (efecto multisistémico). Marcus y colaboradores indicaron que las consecuencias en el sistema respiratorio asociadas al uso de pueden ser disnea, faringitis, afonía y exacerbación del asma. En el mismo estudio se encontró que los fumadores de unos pocos cigarrillos de marihuana diarios mostraban los mismos daños en la mucosa que quienes fumaban de 20 a 30 cigarrillos de tabaco (23). Existen además otros riesgos para el sistema respiratorio. Los traficantes de cannabis, para aumentar sus ganancias, pueden mezclar el cannabis con arena sílice o polvo de vidrio; esta práctica puede traer consecuencia como neumonitis, úlceras en boca, dolor de garganta y tos (24).

Todos los conocimientos expuestos son parte del gran *corpus* de resultados de investigaciones en diferentes lugares del mundo; si bien ésta información se encuentra en gran medida en *Internet*, no son muchas las personas que tienen acceso a ésta por motivos tales como el idioma, lenguaje científico, interés, o costo económico de los artículos. Uno de los sub-grupos más perjudicados en relación al acceso a la información especializada acerca del uso de marihuana y sus consecuencias son los jóvenes adolescentes; posiblemente, por ser el sub-grupo de mayor riesgo en el inicio del consumo, quienes más informados deberían estar.

Las ideas preconcebidas (aunque no es la única variable) que los jóvenes tienen acerca de la marihuana juegan un papel fundamental en el inicio/no inicio y/o mantenimiento del consumo y posterior desarrollo de la dependencia de sustancias en general.

Hasta donde se pudo indagar, en Argentina, así como en algunos países de Latinoamérica, se ha estudiado la percepción de riesgo en cuanto al consumo de drogas (25, 26), pero no las ideas que sustentan de manera particular la percepción de riesgo en uso de marihuana y sus consecuencias.

El objetivo de este estudio fue evaluar la percepción del riesgo que los jóvenes tienen a través de sus creencias en relación a la marihuana, su uso y posibles consecuencias.

Por último, no hay un consenso acerca de cómo deben ser los tratamientos en desintoxicación y deshabitación del cannabis (27). Los resultados que aquí presentaremos son parte de un proyecto de investigación en el cual se desarrolla una herramienta breve de prevención en el uso/abuso y dependencia de marihuana dirigida a jóvenes.

## Material y Métodos

### *Sujetos de estudio*

Se obtuvo la información de 184 participantes de nivel secundario de un colegio privado de Santa Rosa, La Pampa, de los cuales se utilizó la información de 154 (71 mujeres, 83 varones) con edades comprendidas entre los 13 y 18 años, que fueron quienes completaron la encuesta en su totalidad. La edad media de la muestra total fue de 17.48 (DT 2.51). Los estudiantes completaron un cuestionario de 13 preguntas con posibilidad de respuesta de tipo dicotómica (sí-no) acerca del uso de marihuana y sus consecuencias.

### *Diseño*

Los resultados de la presente investigación tienen origen en un estudio prospectivo longitudinal de carácter descriptivo-experimental en el cual se evalúa la efectividad de un instrumento de intervención breve en prevención de uso, abuso y dependencia al cannabis basado en la psicoeducación a través de la diferenciación cognitiva (todavía en desarrollo).

### *Instrumentos*

Se aplicó un instrumento *ad hoc* que contiene 13 preguntas con posibilidad de respuesta de tipo dicotómica en relación al uso y/o consecuencias de la marihuana. Las preguntas del instrumento fueron las siguientes: 1) ¿Puede el consumo de marihuana dañar tu memoria?; 2) ¿Puede el consumo de marihuana deteriorar otras funciones cognitivas como la atención, toma de decisiones, previsión de riesgos?; 3) ¿Crees que fumar marihuana afecta los pulmones?; 4) ¿Crees que fumar cigarrillos afecta más los pulmones que fumar marihuana?; 5) ¿Fumar marihuana genera dependencia?; 6) ¿Fumar marihuana puede afectar tus neuronas?; 7) ¿Crees que fumar marihuana afecta tu salud y en particular tu salud mental?; 8) ¿Crees que fumar marihuana podría desencadenarte un trastorno mental tal como ansiedad, depresión, esquizofrenia?; 9) ¿Crees que los traficantes de drogas hacen que la marihuana sea cada vez más potente para que siempre sientas los efectos y no dejes de consumir?; 10) ¿Crees que la marihuana que se vende en la calle es siempre pura?; 11) ¿Puede el consumo de marihuana crearte problemas legales?; 12) ¿Crees que fumar marihuana podría generarte desgano, falta de motivación y menores niveles de satisfacción con la vida?; 13) Fumar marihuana, ¿podría afectarte en



tu rendimiento en el colegio, deportes, amigos, familia, pareja?

La totalidad de las preguntas se formularon en base al estudio de distintos sitios web que promueven el consumo de cannabis, en donde las respuestas a las distintas preguntas siempre se establecen en dirección de la supuesta inocuidad de la sustancia que, por ser un producto natural, no tiene la propiedad de realizar daño alguno al organismo humano. Tras evaluar los sitios webs pro-consumo se indagaron, en los diferentes motores de búsqueda científicos, artículos que apoyaran o refutaran las afirmaciones de las páginas antes mencionadas.

**Procedimiento**

Se les pidió a los alumnos participar en un proyecto de investigación acerca del uso de la marihuana y sus consecuencias. Una vez explicado el proyecto de investigación y las posibles consecuencias que de la participación podrían derivarse y, habiendo dado su consentimiento, se le entregó a cada alumno un cuestionario con las 13 preguntas, un casillero para marcar la edad y otro para el género. Se les pidió que respondieran de acuerdo a sus creencias el cuestionario en un tiempo límite de 15 minutos. Una vez obtenidas las respuestas a través de las encuestas se confeccionó una base de datos en el *pack Statistical Package for the Social Sciences*, (SPSS®) versión 20.0, luego se realizaron los análisis estadísticos: frecuencias, porcentajes, media, mediana y moda, diferencia de medias y  $\chi^2$ .

**Resultados**

Se obtuvo la información de 184 sujetos de los cuales se utilizó la información de 154 (71 mujeres; 83 varones) que fueron quienes completaron la encuesta en su totalidad; la edad media de la muestra fue de 17.48 años (DT 2.51); no hubo diferencia estadísticamente significativa (0.87) entre el grupo de varones y mujeres en relación a la edad.

Para el análisis de diferencias en las creencias y la percepción de riesgo en función de la edad se establecieron y compararon dos rangos etarios 13 a 15 y 16 a 18. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a las creencias y la percepción de riesgo.

Los resultados de la encuesta (ver Tabla 1) se muestran en porcentajes de respuestas positivas por pregunta; de esta forma aparece el porcentaje total, así como los porcentajes de hombres y mujeres. En general, la mayor parte los adolescentes de la muestra conoce el hecho de que la marihuana podría afectar la memoria (pregunta 1).

La mayor parte de la muestra piensa, de acuerdo a las respuestas de la pregunta 4, que el consumir cigarrillos afecta más los pulmones que consumir marihuana (85.1%).

En relación a si las neuronas podían ser afectadas por el consumo de marihuana (pregunta 6) un gran porcentaje de los alumnos contestó que sí (84,4).

Un alto porcentaje de los jóvenes estuvo de acuerdo en señalar que el consumo de marihuana podría ocasionarles problemas legales (86.4%) (pregunta 11).

**Tabla 1.** Porcentajes de respuestas positivas al cuestionario.

	SI Total % (N=154)	SI Varones % (N= 83)	SI Mujeres % (N=71)	p
1- ¿Puede el consumo de marihuana dañar tu memoria?	80.5	80.7	80.3	0.52
2- ¿Puede el consumo de marihuana deteriorar otras funciones cognitivas como la atención, toma de decisiones, previsión de riesgos?	71.4	68	74.6	0.26
3- ¿Crees que fumar marihuana afecta los pulmones?	52.6	51.8	53.5	0.48
4- ¿Crees que fumar cigarrillos afecta más los pulmones que fumar marihuana?	85.1	81.9	88.7	0.17
5- ¿Fumar marihuana genera dependencia?	40.3	36.1	45.1	0.16
6- ¿Fumar marihuana puede afectar tus neuronas?	84.4	83.1	85.9	0.4

7- ¿Crees que fumar marihuana afecta tu salud y en particular tu salud mental?	72.1	68.7	76.1	0.2
8- ¿Crees que fumar marihuana podría desencadenarte un trastorno mental tal como ansiedad, depresión, esquizofrenia?	51.3	41	63.4	0*
9- ¿Crees que los traficantes de drogas hacen que la marihuana sea cada vez más potente para que siempre sientas los efectos y no dejes de consumir?	53.2	47	60.6	0.06
10- ¿Crees que la marihuana que se vende en la calle es siempre pura?	12.3	12	12.7	0.54
11- ¿Puede el consumo de marihuana crearte problemas legales?	86.4	83.1	90.1	0.15
12- ¿Crees que fumar marihuana podría generarte desgano, falta de motivación y menores niveles de satisfacción con la vida?	55.2	45.8	66.2	0*
13- Fumar marihuana, ¿podría afectarte en tu rendimiento en el colegio, deportes, amigos, familia, pareja?	69.5	65.1	74.6	0.13

\*  $p < 0,01$

En la comparación por género hallamos diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres ven con mayor riesgo que los hombres el hecho de que el consumo de marihuana podría desencadenar un trastorno mental (63.4% mujeres vs. 41% varones), y también generar desgano, falta de motivación y menores niveles de satisfacción en la vida (66.2% mujeres vs. 45.8% varones).

Más allá de las diferencias estadísticamente significativas, se observa, en general, diferencias porcentuales que muestran una tendencia por parte de las mujeres a prever un mayor riesgo en general en cuanto al uso de marihuana y sus consecuencias (ver Tabla 1).

## Discusión y conclusiones

En Argentina, así como en otros lugares de Latinoamérica, la tendencia de los estados e investigadores es, mayormente, realizar estudios de tipo epidemiológicos de prevalencia acerca del consumo de drogas. Si bien estos estudios son necesarios para poder establecer la existencia/no existencia y magnitud de un problema debiera ser sólo la primera parte del intento de solución de un problema. A estos estudios deben seguirle el desarrollo de métodos, técnicas e instrumentos que apunten a la solución de los problemas detectados.

No hemos hallado en Argentina, al menos publicado en una revista de impacto, un estudio que haya indagado y determinado cuáles son las ideas que tienen los jóvenes acerca del uso de la marihuana y sus posibles consecuencias y mucho menos, hasta donde sabemos, el

desarrollo de herramientas de prevención específicas en uso de marihuana.

De acuerdo a los objetivos planteados inicialmente y a los resultados obtenidos en este estudio podemos concluir en que la percepción de riesgo de los jóvenes es: 1) Alta en: a) el uso de marihuana puede afectar la memoria, las neuronas, la salud en general, b) que la marihuana que se comercializa en la calle no es pura y, c) el consumo podría conducir a problemas legales; 2) Media en: a) que el uso de marihuana puede afectar otras funciones cognitivas además de la memoria (atención, toma de decisiones, previsión de riesgos), b) afectar diferentes áreas de la vida (colegio, deportes, amigos, familia, pareja), c) afectar los pulmones, d) generar dependencia, e) afectar la salud mental, f) a si la marihuana podría generar algún trastorno mental, g) a si la potencia de la marihuana es manipulada y, h) si el consumo puede generar síndrome amotivacional (desgano, falta de motivación y menores niveles de satisfacción con la vida) y; 3) Baja en: a) acerca de si fumar tabaco afectaba más los pulmones que fumar marihuana.

Ya en otros estudios se ha confirmado que las mujeres tienen una percepción de riesgo más alta que los hombres. En nuestro estudio, aunque porcentualmente los resultados muestran que las mujeres tienen mayor percepción de riesgo que los varones, debemos decir que hay muy pocas diferencias significativas en realidad pero evidentes en: a) si consumir marihuana puede desencadenar un trastorno mental y, b) el uso de marihuana puede generar desgano, falta de motivación y menores niveles de satisfacción con la vida. En estos dos últimos puntos las mujeres prevén un riesgo significativa-

mente mayor. La diferencia de la percepción de riesgo entre géneros estaría basada al menos en dos motivos: a) socialización de género (sistema de creencias diferentes en cuanto al consumo) (28); b) que las mujeres tienen una posición menos privilegiada en la sociedad y una menor sensación de control (29) y; c) las mujeres tienen una perspectiva temporal más propensa a las perspectiva fatalista (30).

Tener una clara idea de cuáles son las creencias de los jóvenes es de suma importancia para poder desarrollar herramientas de prevención efectivas. La importancia se funda en que las creencias sustentan, por una parte, la percepción de riesgo. De manera que si las creencias se fundan principalmente en la inocuidad de la sustancia, es decir no se prevén consecuencias negativas, la intención de la conducta podría apuntar al consumo.

Por otra parte, una vez iniciado el consumo y manteniéndose ideas irracionales apoyadas en la inocuidad de la sustancia los jóvenes no atribuirán a la sustancia los efectos adversos que la misma les ocasiona. Es decir, quienes pueden ver una conexión entre su conducta (uso de marihuana) y resultados, atribuirán sus resultados a sus

propios actos; mientras quienes no sean capaces de realizar dicha conexión adjudicarán los resultados a eventos externos o fortuitos (locus de control externo) (31).

Finalmente, el presente estudio sirve, y servirá, como base para el desarrollo de herramientas de intervención en prevención en el uso de marihuana. Los principales puntos a trabajar en la modificación de creencias respecto de la marihuana son aquellos consignados con una percepción media y baja del riesgo.

### Agradecimientos

A Heloiza Becerra por la logística en la investigación. A Erica Rudolf por su corrección en inglés.

### Declaración de conflictos de intereses

Los investigadores no presentan ningún conflicto de interés ■

---

## Referencias bibliográficas

1. UNODC. World Drug Report 2011. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2011.
2. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2008; (5): 1053-1067.
3. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2011.
4. Mayet A, Legleye S, Chau N, Falissard B. The mediation role of licit drugs in the influence of socializing on cannabis use among adolescents: a quantitative approach. *Addict Behav* 2010; (35): 890-895.
5. Von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Hofler M, Wittchen HU. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? *Drug Alcohol Depend* 2002; (68): 49-64.

6. Norberg MM, Kezelman S, Lim-Howe N. Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PLoS ONE* 2013; 8 (1): e53187.
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta nacional sobre prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (INDEC EnPreCoSP 2008). Documento para la utilización de base de datos usuario. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/Ministerio de Salud de la Nación; 2009.
8. Tirado AF, Álvarez M, Velásquez JD, Gómez L, Ramírez C, Vargas AR. Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia 2009. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2012; 30 (1): 38-44.
9. Montoya-Vásquez E, Cunningham Jh, Brands Br, Strike C, Wright MGM. Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la Ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009; 17 (Esp): 886-92.
10. Arias F, Madoz A. Canabis. En: Pereiro Gómez C, editor. Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Sociodrogalcohol: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. p. 615-636.
11. Becoña Iglesias, E. Introducción en Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado; 2002.
12. Zalesky A, Solowij N, Lubman DI, Takagi M, Harding IH, Lorencetti V, et al. Effect of long-term cannabis use on axonal fiber connectivity. *Brain* 2012; 135 (Pt 7): 2245-55.
13. Torres G, Fiestas F. Effects of marijuana on cognition: a review from the neurobiological perspective. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2012; 29 (1): 127-34.
14. Grant JE, Chamberlain SR, Schriber L, Odlaug BL. Neuropsychological Deficits associated with cannabis use in young adults. *Drug Alcohol Depend* 2012; 121 (1-2): 159-162.
15. Looby A, Earlewine N. Negative consequence associated with dependence in daily cannabis user. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; (10): 2-3.
16. Sharma P, Murthy P, Bharath MM. Chemistry, metabolism, and toxicology of cannabis: clinical implications. *Iran J Psychiatry* 2012; 7 (4): 149-56.
17. Morioka N, Kohda H, Nakata Y. Cannabis use disorder and treatment of dependence. *Nihon Rinsho* 2010; 68 (8): 1475-8.
18. Mehmedic Z, Chandra S, Slade D, Denham H, Foster S, Patel AS, et al. Potency trends of alpha 9-THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparation from 1993 to 2008. *J Forensic Sci* 2010; 55 (5): 1209-17.
19. Copeland J, Rooke S, Swift W. Changes in cannabis use among young people: impact on mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26 (24): 325-9.
20. Donoghue K, Doody GA, Murray RM, Jones PB, Craig M, Dazzan P, et al. Cannabis use, gender and age of onset of schizophrenia: data from the AESOP study. *Psychiatry Res* 2014; 215: 528-532.
21. Arias F, Szeman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41 (2): 122-9.
22. Lagueille X. Related, induced and associated psychiatric disorders to cannabis. *Rev Prat* 2005; 55 (1): 30-4.
23. Marcus HSL and Robert J. Effects of smoking cannabis on lung function. *Expert Rev Respir Med* 2011; 5 (4): 537-547.
24. Delourme J, Delattre C, Godard P, Steenhouwer F, Just N. Respiratory consequences of inhalation of adulterated cannabis. *Rev Mal Respir* 2009; 26 (5): 552-6.
25. Ahumada G, Cadenas N. Análisis multivariante en indicadores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Buenos Aires, Argentina: Observatorio Argentino de Drogas; 2008.
26. Bejarano J, Ahumada G, Sánchez G, Cadenas N, Marco M, Hynes M, et al. Perception of risk and drug use: an exploratory analysis of explanatory factors in six Latin American countries. *J Int Drug Alc Tobacco Res* 2011; 1 (1): 9-17.
27. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, Blanc O, Tanguy G, Frappé P, et al. CANABIC: CANnabis and Adolescents: effect of a Brief Intervention on their Consumption - study protocol for a randomized controlled trial [Internet]. *Trials* 2014; (15): 40. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/40>.
28. Davidson D, Freudenburg W. Gender and environmental risk concerns. *Environ Behav* 1996; 28 (3): 302-339.
29. Olofsson AI, Rashid S. The white (male) effect and risk perception: can equality make a difference? *Risk Anal* 2011; 31 (6): 1016-32.
30. D'Alessio M, Guarino A, De Pascalis V, Zimbardo, P. G. Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (STPI) - Short Form. *Time & Society* 2003; 12 (2-3): 334-347.
31. Carver C, Scheir M. Teorías de la personalidad. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1997.

# Relación de las características de pacientes con trastornos por abuso de sustancias con sus niveles de satisfacción por el tratamiento

**Juan Martín Gómez Penedo**

*CONICET; Universidad de Buenos Aires  
E-mail: juanmartin.gomez@comunidad.ub.edu.ar*

**Damián Barreiro**

*Universidad de Belgrano*

**Andrés J. Roussos**

*CONICET; Universidad de Buenos Aires*

---

## **Resumen**

En los últimos años, el estudio de la satisfacción por los tratamientos en pacientes con adicciones, se ha convertido en un recurso valioso para evaluar la calidad de los abordajes y predecir sus resultados. Sin embargo, no se han encontrado investigaciones que estudien condiciones de los pacientes predictoras de satisfacción. En este estudio se analiza la relación entre características de los pacientes y sus niveles de satisfacción por el tratamiento, conformando una muestra probabilística de 216 pacientes de instituciones del Área Metropolitana de Buenos Aires especializadas en adicciones. Los participantes debieron completar un cuestionario que indagaba su satisfacción respecto de diferentes elementos de los abordajes. Los análisis estadísticos mostraron que algunas variables de los pacientes se asocian con diferentes niveles de satisfacción. La pertenencia al género masculino, el estar en pareja y tener menores niveles de instrucción, se vincularon significativamente con mayor satisfacción. Menor cantidad de sustancias consumidas y motivo de consulta, se asociaron, a su vez, con un grado superior de satisfacción. Los resultados presentan la necesidad de valorar estos rasgos preexistentes al momento de diseñar los tratamientos, para adecuarlos a las especificidades de los pacientes, en busca de mejores niveles de satisfacción y, en última instancia, mejores resultados.

**Palabras clave:** Satisfacción de tratamientos - Características del paciente - Variable del paciente - Adicciones - Trastorno por abuso de sustancias.

RELATIONSHIPS AMONG DRUG ABUSE PATIENTS' CHARACTERISTICS AND WITH THEIR TREATMENT SATISFACTION

## **Abstract**

In the last years, studies of patients' satisfaction in drug abuse treatments have become a valuable tool for assessing the quality of treatment and predicting their outcome. However, no previous research has been found that examine patients' conditions that could predict satisfaction. This study analyzes the relationship between patients' characteristics and their degrees of satisfaction in treatment using a probabilistic sample of 216 patients from institutions specializing in addictions within the metropolitan area of Buenos Aires. Participants complete a questionnaire about their satisfaction with different elements of the treatment. Statistical analysis shows that some patients' variables are associated with different levels of satisfaction. Belonging to the male gender, having a significant other, and having lower levels of education were significantly linked with greater satisfaction. Fewer amounts of substances consumed as well as fewer substances that motivated the reason for consultation were associated with a higher degree of satisfaction. The results show the importance of assessing these existing features when designing treatments to suit the specific needs of patients; to seek higher levels of satisfaction, and ultimately, better overall results.

**Keywords:** Treatment satisfaction - Patient characteristics - Patient variable - Addictions - Substance abuse disorder.

## Introducción

El estudio de los niveles de satisfacción de los pacientes por sus tratamientos se ha convertido, en los últimos años, en una estrategia muy difundida para evaluar la calidad de los abordajes para pacientes con adicciones. Además de su valor intrínseco, la indagación de la satisfacción ha despertado mayor interés frente a la aparición de estudios que mostraron su asociación con los resultados terapéuticos.

Se han reportado asociaciones entre mayores niveles de satisfacción y menor consumo de sustancias durante el tratamiento (1, 2), una vez finalizado (3) y en seguimientos ulteriores (4). Asimismo, la satisfacción ha mostrado ser un predictor de abandonos en el abordaje de las adicciones (1, 3).

Existiendo cierto consenso en la literatura respecto del valor terapéutico de la satisfacción, cobra relevancia el estudio de las variables que pueden intervenir en su conformación o mantenimiento.

Si bien es esperable pensar que un porcentaje importante de la variabilidad de la satisfacción se explica por características del abordaje, las variables extra-terapéuticas, y especialmente las características previas de los pacientes, han mostrado desempeñar un rol fundamental en el proceso y desenlace de los tratamientos (5).

En lo que respecta al abordaje de las adicciones, la literatura muestra que ciertas características de los pacientes pueden considerarse predictoras de mayor adhesión al tratamiento y, por ende, mejores resultados. Estudios previos señalan que mayor edad (6, 7), mayor nivel educativo (8, 9), menos años de consumo (10, 11) y la pertenencia al género masculino (6, 12) son variables relacionadas con resultados positivos y retención en tratamiento. Por el contrario, han resultado ser indicadores de peor pronóstico la falta de empleo (7, 9), la presencia de antecedentes criminales, contar con escaso apoyo familiar (7, 10, 11), tener psicopatología comórbida y ser policonsumidor (10, 11).

A su vez, algunos autores han estudiado la relación entre el tipo de consumo y las probabilidades de permanencia en tratamiento, con resultados divergentes. Las mayores tasas de abandono se han asociado tanto a opiáceos como al consumo por vía pulmonar e intravenosa (9, 13).

A pesar de haber realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no se han encontrado estudios que se dediquen a analizar la relación entre las características de los pacientes y su satisfacción en el tratamiento de adicciones.

El objetivo de este trabajo es estudiar cómo las características previas de los pacientes en tratamiento por abuso de sustancias en instituciones del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) se relacionaron con su satisfacción por los abordajes. Los objetivos específicos estuvieron orientados a indagar la forma en que la satisfacción de los pacientes se relacionó con sus características sociodemográficas (género, nivel de escolaridad, estado civil y edad) y su tipo de consumo.

## Método

### *Características de los tratamientos muestreados*

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) cuenta con un programa de subsidios para tratamientos de pacientes de bajos recursos con adicciones. Los pacientes potenciales atraviesan una serie de evaluaciones de un equipo interdisciplinario que determina la severidad de su problemática y el tipo de institución adecuada para su derivación, incluyendo cuatro tipos: clínicas psiquiátricas (tipo A), comunidades terapéuticas con guardia psiquiátrica (tipo B), comunidades terapéuticas sin guardia psiquiátrica (tipo C) y hospitales de día (tipo D).

Aunque cada institución establece sus dispositivos terapéuticos, los tratamientos deben reunir una serie de requisitos prescriptos por la SEDRONAR. Todas las instituciones deben articular intervenciones estructuradas, orientadas a interrumpir el consumo y a mejorar el desempeño social y familiar de los pacientes (14). De esta manera, los tratamientos se adecuan a los lineamientos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (15) para abordar las adicciones, contando con los recursos terapéuticos con mayor consenso (16), como ser tratamientos psicoterapéuticos, grupos de autoayuda, servicios sociales y atención médica, con o sin intervención psiquiátrica.

### *Participantes*

La población delimitada para este estudio estuvo conformada por todos los pacientes con trastorno por abuso de sustancias tratados en instituciones del AMBA, subsidiados en sus tratamientos por la SEDRONAR (N=511). Mediante un muestreo aleatorio por conglomerados estratificados se convocó una muestra de 216 pacientes pertenecientes a dicha población.

Las instituciones del AMBA donde se encontraban pacientes subsidiados, que cumplieron el rol de conglomerados de la muestra, fueron distribuidas en estratos en función del tipo de institución, la ubicación geográfica y género de los pacientes admitidos.

En cada estrato se seleccionaron al azar un número de instituciones proporcional a la frecuencia total del estrato. De las 43 instituciones que conformaron el marco muestral, 22 fueron seleccionadas mediante este procedimiento. Todos los pacientes con tratamientos subsidiados en las instituciones seleccionadas fueron incluidos en la muestra del estudio.

### *Instrumentos*

La satisfacción de los pacientes se estudió mediante un cuestionario anónimo diseñado para esta investigación basado en la Patient Satisfaction Survey desarrollada por la *New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Service Bureau of Addiction Treatment Centers* (17). El cuestionario contó con 49 ítems de tipo Likert en una

escala de 1 (Muy insatisfecho/Poco) a 5 (Muy satisfecho/Mucho). Los ítems se agruparon en seis clusters temáticos de satisfacción: Admisión e ingreso, Ambiente General (dividido en las sub-escalas Ambiente físico y humano y Maltrato), Comida, Evaluación del personal (dividido en los sub-clusters Evaluación general del personal y Evaluación específico del personal), Nociones del tratamiento (dividido en las sub-escalas Características del tratamiento, Resultados y Dispositivos complementarios) y Evaluación general del tratamiento. Para la exploración de la satisfacción de los pacientes, el cuestionario incluyó ítems como: “¿Estás satisfecho con el tiempo que te dedica a vos el personal del centro?” (Correspondiente al sub-cluster Evaluación general del personal); “¿Estás conforme con las actividades recreativas del centro?” (sub-cluster Dispositivos complementarios); y “¿Estás contento con las cosas que pudiste cambiar gracias al tratamiento?” (sub-cluster Resultados). Asimismo, el cuestionario incluyó una serie de preguntas respecto de datos demográficos del paciente y de sustancias consumidas.

#### Procedimientos

En cada institución, se reunió en una sala a los pacientes y se les entregó el cuestionario. Luego de transmitirles los objetivos del estudio y pedirles su consentimiento para participar, el investigador a cargo leía en voz alta cada una de las preguntas del cuestionario. Conforme las preguntas eran leídas, los participantes debían responderlas en forma individual. La recolección de datos se desarrolló entre noviembre de 2012 y enero de 2013.

#### Análisis estadísticos

Para los análisis estadísticos de comparación de grupos se utilizaron pruebas no paramétricas, debido a que los datos no mostraron una distribución normal. Debido a que para el estudio de cada variable se realizaron comparaciones múltiples en cada *cluster* y *subcluster* de satisfacción, esto aumenta las probabilidades de que aparezcan diferencias significativas sólo por azar (error de Tipo I). Para limitar la posible emergencia de estos falsos positivos, se utilizó la corrección Bonferroni para establecer el punto crítico de significancia de cada test. Al haber un total de 13 *clusters* y *subclusters*, dividiendo el  $\alpha$  (0.05) por la cantidad comparaciones en cada test (13) el punto crítico de significancia se estableció en 0.0038. En el apartado de resultados se reportan únicamente las diferencias estadísticamente significativas que se encontraron por debajo de este punto crítico en su valor de significancia.

## Resultados

#### Características demográficas

La media de edad de los participantes fue 31 años (DS=9.16). La distribución por edad de la muestra se

presenta en la Tabla 1. El 84.8% de la muestra fueron hombres.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes por edad.

Grupo etario	Porcentaje
Entre 18 y 25 años	32.5
Entre 26 y 35 años	40.5
Entre 36 y 45 años	19.3
Entre 46 y 55 años	5.1
Entre 56 y 65 años	2.3

Como se observa en la Tabla 2, en el estado civil de los participantes se observó una saturación de pacientes solteros (78%) por sobre las otras categorías. A su vez, el 11.4% de los participantes se encontraba en pareja al momento de la administración del cuestionario, mientras que el 88.3% manifestó no estar en pareja.

**Tabla 2.** Distribución de pacientes por estado civil.

Estado civil	Porcentaje
<b>Sin pareja</b>	<b>88.5</b>
Soltero	78.0
Separado	4.3
Viudo	0.5
Divorciado	5.7
<b>Con pareja</b>	<b>11.5</b>
Unión civil	29
Casado	8.6

A su vez, al momento de realizar la investigación, la mayoría de los participantes no había finalizado estudios secundarios (ver Tabla 3).

#### Caracterización del consumo

Los porcentajes de participantes en función de la cantidad de sustancias que consumieron al menos una vez en la vida, se presenta en la Tabla 4.

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes por escolaridad.

Nivel de escolaridad	Porcentaje
Primario incompleto	14.2
Primario completo	17.6
Secundario incompleto	45.7
Secundario completo	13.3
Terciario incompleto	6.1
Terciario completo	2.8

Las sustancias que mostraron mayores porcentajes de consumo fueron el alcohol (89.3%), la cocaína (87.9%) y la marihuana (82.4%). Seguidas por tranquilizantes (58.7%), pasta base (55%), LSD (40.2%), inhalantes (38.8%) y estimulantes (33.3%).

**Tabla 4.** Distribución de pacientes según cantidad de sustancias consumidas en su vida.

Cantidad de sustancias	Porcentaje
Una	13.2
Dos	1.4
Tres	9.9
Cuatro	16
Cinco	12.7
Seis	14.2
Siete	15.6
Ocho	13.7
Mas de ocho	3.3

Los porcentajes de pacientes según cantidad y tipo de sustancias que motivaron el tratamiento se presentan en la Tabla 5. La amplia presencia de policonsumo fue uno de los elementos característicos de la

muestra: más de la mitad de los participantes habían consumido 5 o más sustancias en su vida, mientras que el 68% expresó haber consultado por más de una sustancia.

**Tabla 5.** Porcentaje de pacientes según cantidad y tipo de sustancia motivo de consulta.

Sustancia	Cantidad de sustancias motivo de consulta				
	1 Sust.	2 Sust.	3 Sust.	4 Sust.	Total
Alcohol	6.6	12.7	9.4	28.7	57.4
Cocaína	13.6	18.3	12.7	28.3	72.9
Cannabis	0	7.1	11.3	25.4	43.8
Pasta Base	10.3	3.7	6.1	23.1	43.2
Tranquilizantes	1.4	2.8	3.3	9.9	17.4
Estimulantes	0	0	0.4	0.9	1.3
Inhalantes	0	0	0	0	0
LSD	0	0	1.8	1.8	3.6
Otros	0	0.4	1.4	0.4	2.2
Total	<b>32.1</b>	<b>22.6</b>	<b>15.5</b>	<b>29.7</b>	



### Caracterización de la muestra en función de las instituciones de tratamiento

De la muestra convocada, al momento del estudio 9 participantes se encontraban realizando tratamientos combinados (abordajes psicoterapéuticos y farmacológicos) de internación en clínicas psiquiátricas (4.16%), 80 participantes realizaban sus tratamientos en comunidades terapéuticas con guardia y control psiquiátrico

permanente (37.03%), 110 participantes se encontraban en comunidades terapéuticas sin guardia psiquiátrica (50.92%) y 17 realizaban tratamientos exclusivamente ambulatorios en hospitales de día (7.87%).

### Satisfacción en función de características demográficas

La Tabla 6 presenta los niveles de satisfacción en función del género y estado civil (con pareja vs. sin pareja).

**Tabla 6.** Medias de satisfacción según el género y el estado civil.

Clusters	Género del paciente (n=211)			Estado civil (n=209)		
	Mujer	Hombre	p	Sin pareja	Con pareja	p
Admisión e ingreso	4.10	4.20	.113	4.16	4.36	.080
Ambiente general	4.19	4.32	.039	4.28	4.39	.045
(Sub) Ambiente Físico y Humano	3.84	4.02	.015	3.99	4.08	.143
(Sub) Maltrato	4.67	4.73	.269	4.70	4.79	.153
Comida	2.95	3.87	.000*	3.72	3.88	.351
Evaluación del Personal	4.10	4.25	.001*	4.20	4.45	.000*
(Sub) Evaluación General del Personal	4.12	4.35	.000*	4.29	4.58	.000*
(Sub) Evaluación Específica del Personal	4.09	4.20	.174	4.6	4.38	.000*
Tratamiento	3.82	4.22	.000*	4.15	4.31	.001*
(Sub) Características del Tratamiento	3.74	4.19	.000*	4.11	4.28	.003*
(Sub) Resultados	4.20	4.46	.001*	4.43	4.53	.260
(Sub) Dispositivos complementarios	3.51	3.97	.000*	3.89	4.07	.095
Evaluación General del Tratamiento	4.03	4.45	.002*	4.35	4.63	.255

\* La diferencia es estadísticamente significativa ( $p < .0038$ ).

La prueba U de Mann-Whitney mostró diferencias según el género. Los pacientes varones presentaron mayor satisfacción que las mujeres en los clusters y sub-clusters: Comida ( $U=6219$ ;  $p=0.000$ ), Evaluación del personal ( $U=289212$ ;  $p=0.001$ ), Evaluación general del personal ( $U=36418.5$ ;  $p=0.000$ ), Tratamiento ( $U=790326.5$ ;  $p=0.000$ ), Características del tratamiento ( $U=233082$ ;  $p=0.000$ ), Resultados del tratamiento ( $U=58274.5$ ;  $p=0.001$ ), Dispositivos complementarios ( $U=26639$ ;  $p=0.000$ ) y Evaluación general de la institución ( $U=1979$ ;  $p=0.002$ ).

El hecho de que los pacientes estuvieran o no en pareja fue otra de las variables que diferenció niveles de satisfacción. Los pacientes que se encontraban en pareja manifestaron estar más satisfechos respecto de la escala de Evaluación del personal ( $U=209394$ ;  $p=0.000$ ), las subescalas de Evaluación general del personal ( $U=26965$ ;  $p=0.000$ ) y Evaluación específica del personal ( $U=85604$ ;  $p=0.000$ ), y la escala Tratamiento ( $U=714194$ ;  $p=0.001$ ) y la sub-escala de Características del tratamiento ( $U=209649$ ;  $p=0.003$ ).

Por otra parte, aquellos pacientes que no habían

comenzado estudios secundarios mostraron mayor grado satisfacción en contraste con aquellos que empezaron estudios secundarios, en las escalas de Tratamiento ( $U=1467712$ ;  $p=0.000$ ), y en las sub-escalas de Características del tratamiento ( $U=436425.5$ ;  $p=0.000$ ) y Dispositivos complementarios ( $U=50423.5$ ;  $p=0.000$ ).

Mediante un análisis Kruskal-Wallis, no se observó una asociación entre los rangos etarios y los grados de satisfacción.

#### *Satisfacción en función de las sustancias consumidas en la vida*

Para estudiar la satisfacción en función de la cantidad de sustancias consumidas se realizaron análisis U de Mann-Whitney comparando de a pares las diferencias en la satisfacción entre cada cantidad de sustancia reportada por los participantes (1 vs. 2, 2 vs. 3, 1 vs. 3, etc.). Habiéndose realizado 28 comparaciones, para reducir la probabilidad de un error de Tipo I se volvió a corregir el punto crítico de significancia para estas comparaciones con la corrección de Bonferroni. De esta forma, se dividió el nivel de significancia establecido (0.003) por la cantidad de comparaciones (28). El punto crítico de significancia para éstas comparaciones fue establecido en 0.00013. Utilizando este nivel de significancia no se

observaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas cantidades de sustancias consumidas.

A su vez, dividiendo a la muestra en 2 grupos entre aquellos que reportaron haber consumido hasta 4 sustancias y aquellos que consumieron 5 o más, sólo se observaron diferencias significativas respecto del *cluster* Evaluación del personal ( $U=522653$ ;  $p=0.000$ ) y el *sub-cluster* Evaluación específica del personal ( $U=206351$ ;  $p=0.003$ ). Los niveles de satisfacción más altos los presentaron los participantes que consumieron 4 o menos sustancias.

Al comparar las cantidades extremas de consumo en la vida (1 sustancia vs. 8 sustancias), los pacientes que consumieron una sola sustancia mostraron mayor satisfacción en las escalas de Ambiente físico y humano ( $\bar{x}US=4.15$ ;  $\bar{x}OS=3.82$ ;  $U=11326$ ;  $p=0.000$ ), Evaluación del personal ( $\bar{x}US=4.40$ ;  $\bar{x}OS=4.16$ ;  $U=38735.5$ ;  $p=0.000$ ), Tratamiento ( $\bar{x}US=4.21$ ;  $\bar{x}OS=4.04$ ;  $U=125072.5$ ;  $p=0.000$ ) y Características del tratamiento ( $US=4.20$ ;  $OS=4.02$ ;  $U=36711.5$ ;  $p=0.002$ ).

#### *Satisfacción en función de las sustancias que motivaron la consulta*

En la Tabla 7 se presentan las medias de satisfacción según la cantidad de sustancias que motivaron el tratamiento.

**Tabla 7.** Medias de satisfacción en relación a la cantidad de sustancias que motivaron la consulta.

Clusters	Cantidad de sustancias que motivó el tratamiento				
	Una	Dos	Tres	Cuatro	<i>p</i>
Admisión e ingreso	4.39	4.11	4.01	4.09	.001*
Ambiente general	4.35	4.27	4.29	4.25	.090
(Sub) Ambiente Físico y Humano	4.06	3.94	3.99	3.98	.115
(Sub) Maltrato	4.75	4.74	4.74	4.65	.298
Comida	3.77	3.79	3.72	3.68	.526
Evaluación del Personal	4.27	4.29	4.11	4.19	.060
(Sub) Evaluación General del Personal	4.37	4.37	4.24	4.25	.072
(Sub) Evaluación Específica del Personal	4.22	4.27	4.05	4.15	.305
Tratamiento	4.15	4.23	4.08	4.15	.933
(Sub) Características del Tratamiento	4.12	4.20	4.06	4.09	.574
(Sub) Resultados	4.42	4.43	4.33	4.47	.772
(Sub) Dispositivos complementarios	3.88	4.04	3.77	3.90	.699
Evaluación General del Tratamiento	4.42	4.25	4.45	4.39	.890

$n=212$ ;  $p$  representa el nivel de significancia de la comparación entre los que consultaron por 1 sustancia y los que consultaron por 4; \* la diferencia es estadísticamente significativa ( $p < .0038$ )

Comparando la satisfacción entre los pacientes que consultaron por una sola sustancia y los que consultaron por 4, mediante un análisis U de Mann-Whitney, sólo se observó un grado mayor de satisfacción en los que consultaron por una sustancia, en la escala de Admisión e ingreso ( $U=15787$ ;  $p=0.001$ ). Del mismo modo, los que consultaron por una sustancia presentaron mayor satisfacción que los que consultaron por más, en la escala Admisión e ingreso ( $U=36666$ ;  $p=0.000$ ).

## Discusión

En este estudio las características previas de los pacientes con problemáticas de adicciones, mostraron desempeñar un rol valioso en los niveles de satisfacción de los abordajes. Esto se puede vincular con la bibliografía analizada previamente, que asocia ciertas variables de los pacientes como predictoras de la efectividad y retención en los tratamientos.

Las diferencias reportadas muestran la importancia de realizar una evaluación profunda de las características individuales de los pacientes y de contemplarlas al momento de diseñar los abordajes, buscando una mayor satisfacción a partir de ellos y, por carácter transitivo, un mejor proceso que produzca resultados más fructíferos.

Dentro de las características demográficas estudiadas, el género, la presencia de pareja y el nivel de escolarización de los pacientes mostraron asociaciones con diferencias en los niveles de satisfacción.

En cuanto al género, los pacientes varones mostraron niveles de satisfacción mayores que las mujeres. Esto abre interrogantes acerca de si las diferencias se centran en un sesgo propio del género o si se manifiestan por la interacción del género con características propias de los tratamientos. Es decir, si las mujeres y varones reciben tratamientos diferenciales por su género y esto produce la diferencia de satisfacción. Por otra parte, quizás las diferencias no estén basadas en un trato diferencial, sino por el contrario, en un trato homogéneo. Al ser las mujeres que se tratan por esta problemática un porcentaje minoritario, es posible que los dispositivos estén adaptados y orientados al tratamiento de hombres, dejando de lado aspectos específicos del género femenino y derivando en una merma de la satisfacción de las mujeres.

Por otro lado, los pacientes que se encontraban en pareja reportaron mayores niveles de satisfacción que aquellos que estaban solos. Por ende, se podría hipotetizar que la presencia de una red social de sostén más sólida, posibilita una percepción de mayor aprovechamiento del tratamiento recibido. Este dato permitiría pensar con más detalle el potencial de las redes sociales como un elemento mediador del éxito de los tratamientos (7, 10, 11), diseñando dispositivos a incluir en los abordajes que apunten al fortalecimiento de las habilidades interpersonales del sujeto, como una forma de potenciar los efectos benéficos del tratamiento. Es importante destacar que en esta muestra sólo 24 pacientes manifestaron estar en pareja al momento de la recolección de los datos, lo cual manifiesta la dificultad de establecer vínculos estables como un aspecto singular de esta problemática.

También se observó que los pacientes con menores niveles de instrucción presentaron medias de satisfacción más altas. Dicha observación, que no se encontraba asociada a ninguna hipótesis previa, se opone a los hallazgos empíricos ya citados que vinculan mayor grado de instrucción con mejores resultados y mayor retención en los tratamientos (8, 9). No obstante, al igual que en el caso de las mujeres, los menores grados de satisfacción en personas con mayores niveles de instrucción se podría vincular a su condición de minoría en la población de estudio, pudiendo vincularse a fenómenos de desajustes entre el abordaje y sus características diferenciales.

Respecto de las variables de consumo, comparando a aquellos pacientes que consumieron una sola sustancia en su vida, con aquellos que consumieron 8, los monoconsumidores presentaron mayores niveles de satisfacción en diversas áreas. A su vez, al cotejar las diferencias de satisfacción según cantidad de sustancias que motivaron la consulta, se observó un grado mayor de satisfacción en los pacientes que consultaron por una sola sustancia, en comparación con aquellos que consultaron por más de una. Se podría interpretar que cuanto mayor es la cantidad de sustancias consumidas o que motivaron la consulta, mayor es el grado de severidad y complejidad del tratamiento y, por ende, peor es el pronóstico de los pacientes. En este contexto, se podría plantear la hipótesis de que la relación negativa entre la satisfacción y la cantidad de sustancias consumidas o motivo de consulta, se ve mediada por la severidad de los pacientes y sus expectativas de mejoría a partir de los tratamientos.

En base a los resultados discutidos, sería fundamental estudiar las relaciones entre las características de los pacientes, su satisfacción y los resultados del tratamiento. Mediante esta aproximación se podría estudiar si variables previas de los pacientes moderan la relación entre la satisfacción de los tratamientos y sus resultados, mostrando si en algunos sujetos la satisfacción tiene un papel más importante en su proceso terapéutico. Para esto se podrían proponer modelos de estudios como los de variables moderadoras y mediadoras, orientadas a analizar el efecto de variables intervinientes sobre la relación de variables predictoras y dependientes (18), potenciando el estudio conjunto de las características de los pacientes, la satisfacción en los tratamientos y sus resultados.

## Limitaciones del estudio

La utilización de un muestreo probabilístico en este estudio permite generalizar los resultados a la población delimitada. Sin embargo, no es posible generalizar los resultados a poblaciones de otros contextos geográficos (por ejemplo, pacientes que desarrollan sus tratamientos fuera del AMBA) o terapéuticos (pacientes que desarrollan sus tratamientos en instituciones no subsidiadas por la SEDRONAR). Para saber si los resultados observados se mantienen en otras poblaciones sería necesario realizar réplicas del estudio utilizando muestras probabilísticas de poblaciones con características diferentes.

Por otra parte, durante la administración del cuestionario podrían haber surgido algunos sesgos en las

respuestas, vinculados a fenómenos de deseabilidad social o aquiescencia. Sin embargo, al ser anónimos los cuestionarios el impacto posible de estos sesgos se considera reducido. Además, la utilización de ítems de direccionalidad invertida no mostró patrones de respuestas automatizadas en los participantes.

Finalmente, si bien el presente estudio analiza la asociación entre características de los pacientes y su satisfacción, no pueden establecerse mediante los resultados relaciones de naturaleza causal entre ellas, debido al dispositivo de análisis y correlaciones utilizado. A pesar de haber encontrado variables que discriminan diferentes niveles de satisfacción y de que algunas de las características estudiadas preceden temporalmente a los tratamientos y, por ende, a sus niveles de satisfacción, no puede descartarse que algunas de las relaciones observadas sean espurias, siendo mejor explicadas por el comportamiento de otras variables inexploradas en este trabajo. Por ejemplo, el tipo de institución en la que se desarrollaron los abordajes, y especialmente, las características específicas de cada uno de los tratamientos y herramientas terapéuticas aplicadas, sobre las cuales no se contó con información en profundidad en este trabajo, pueden ser la fuente de un porcentaje importante de la varianza de satisfacción que en este estudio se observó asociada a características de los pacientes.

En el caso de la influencia del tipo de institución sobre la relación entre satisfacción y características de los pacientes, la utilización de modelos lineales jerárquicos que permiten controlar la influencia de ciertas variables para analizar la relación entre otras, sin el efecto de las primeras, sería una alternativa para sortear este límite. Sin embargo, la falta de una distribución normal en la variable satisfacción junto con la gran disparidad de porcentaje de participantes según el tipo de institución, impidieron realizar un análisis de esta naturaleza. Posteriores estudios deberían explorar en profundidad la asociación entre características de las instituciones y satisfacción, así como la forma en que las características de las instituciones y los participantes interactúan en un sistema complejo, afectando los niveles de satisfacción de los pacientes.

### Agradecimientos

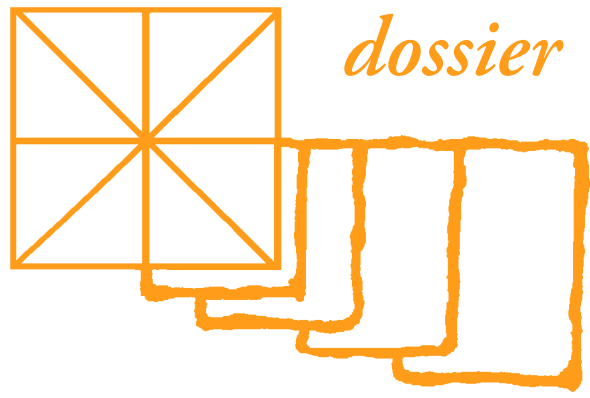
Este estudio fue financiado a través de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

### Declaración de conflictos de intereses

Este estudio fue realizado a pedido de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la República Argentina (SEDRONAR) ■

## Referencias bibliográficas

- Kelly SM, O'Grady KE, Brown BS, Mitchell SG, Schwartz RP. The role of patient satisfaction in methadone treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36: 150-154.
- Morris ZS, Gannon M. Drug misuse treatment services in Scotland: predicting outcomes. *Int J Qual Health Care* 2008; 20 (4): 271-276.
- Marchand KI, Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marsh DC, Schechter MT. Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 174-184.
- Zhang Z, Gerstein, DR, Friedmann PD. Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. *J Health Psychol* 2008; 13 (3): 388-400.
- Asay T, Lambert M. The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In: Hubble, Duncan, Miller, editors. *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington: American Psychological Association; 1999. p. 23-55.
- Gonzalvo Cirac BP. Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis. Barcelona: Universidad Internacional de Catalunya; 2012.
- Yang F, Lin P, Li Y, He Q, Long Q, Fu X, Luo Y. Predictors of retention in community-based methadone maintenance treatment program in Pearl River Delta, China. *Harm Reduct J* 2013; 10 (3): 1-7.
- García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Álvarez-Rodríguez H, Rodríguez AR, Fernández-Hermida JR, Carballo JL, et al. Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema* 2007; 19 (1): 134-139.
- Siqueland L, Crits-Christoph P, Gallop R, Barber JP, Griffin ML, Thase ME, et al. Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: predictors and impact on outcome. *Am J Addict* 2002; 11 (1): 24-40.
- Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones* 2000; 12: 353-363.
- Grau-López L, Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Bachiller D, Rodríguez-Cintas L, et al. Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones* 2012; 24 (2): 115-122.
- McCaul ME, Svikis DS, Moore RD. Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend* 2001; 62 (1): 9-17.
- Madoz-Gúrpide A, Vicent VG, Fuentes EL, Mangado EO. Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones* 2013; 25 (4): 300-308.
- Observatorio Argentino de Drogas - SEDRONAR. Evaluación de tratamientos en pacientes por abuso de sustancias. Buenos Aires: Autor; 2009.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Manual sobre el tratamiento del abuso de drogas. Viena: Autor; 2003.
- Hermida JRF, Carballo JL, Secades-Villa R, García-Rodríguez O. Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo* 2007; 28 (1): 2-10.
- New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Service Bureau of Addiction Treatment Centers (s.f.). Patient Satisfaction Survey [Internet]. Available from: <http://www.oasas.ny.gov/GSI/QI/documents/ATCSurvey.pdf>.
- Etchebarne I, O'Connell M, Roussos AJ. Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en Psicoterapia. *Revista Del Instituto de Investigaciones de La Facultad de Psicología UBA* 2008; 13 (1): 33-56.



# EL GERIÁTRICO

## Coordinación

Hugo Pisa

*Hay un envejecimiento de la población a nivel mundial; en otras palabras: “Acabamos de recibir un regalo fabuloso. De quince a veinte años más [de vida], que debemos a los recientes progresos de la medicina y de la ciencia”. En este contexto, se espera que las personas que vayan a presentar demencia aumenten de manera exponencial en los próximos 40 años. Lo que generará (o podríamos asegurar que ya genera) una demanda creciente con respecto a la asistencia y al cuidado en los servicios de salud, así como cambios en la dinámica social y familiar. Es en este marco donde la institución geriátrica adquirió un lugar de relevancia. Con toda seguridad, cualquiera que se dedique a una disciplina relacionada con la salud mental asistirá, en el transcurso de su práctica, casi de manera ineludible, a un geriátrico.*

*Las instituciones para ancianos, Residencias para la tercera edad, Instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor, Hogar para ancianos y Hoteles o edificios o departamentos asistidos para la tercera edad, son eufemismos que sirven para eludir el uso de “El geriátrico”. Pero de una u otra forma, como “denunció” la socióloga española Barenys hace poco más de veinte años, es un hecho el aumento del número de residencias para ancianos en los países industrializados. Podría decirse –agrega– que la institucionalización es un fenómeno urbano por su incidencia y expansión, aunque no exclusivamente. En Argentina, desde los años setenta se viene incrementando el número de instituciones geriátricas, con el consiguiente aumento de las personas que las habitan. Actualmente residen en estos lugares 86.441 ancianos; en su mayoría, mujeres. Por otro lado, del último censo de 2010 se desprende que el*

*56,4% de la población a partir de los 80 años en el país presenta una dificultad o limitación permanente. Los que nos ubica frente a un panorama de personas con extrema fragilidad y vulnerabilidad. ¿Cuál es la función de un geriátrico: cuidar, curar, asilar, hospedar, custodiar? Las respuestas son, en general, disímiles y por momentos confusas, porque existen diferentes lecturas que ponen en tensión al tema de raíz: el lugar en el que se ubica la vejez y al anciano en la sociedad. Pero hay algo que queda claro: el geriátrico se asocia con la enfermedad. Por este motivo desde la legislación todos los lugares deben contar con un director médico. No importa la especialidad, sólo que sea médico.*

*Pero, sin dudas, ningún saber puede arrogarse el lugar de contener todas las respuestas. El geriátrico es un lugar en el que converge una multiplicidad de variables: biomédicas (desde las diferentes especialidades y disciplinas que se dan cita), psicológicas, socio-antropológicas y filosóficas. Por este motivo, es ineludible el trabajo interdisciplinario; no sólo de palabra, sino, fundamentalmente, de acción. En esta línea y con el objetivo de reflexionar, de servir de guía, de conocer, se agrupan los diferentes trabajos que componen este dossier.*

*En el artículo “Impacto del envejecimiento en la psiquiatría”, la Dra. Rubín y el Dr. Jáuregui nos recomiendan, desde la geriatría, que el psiquiatra que atienda pacientes mayores de 65 años con pluriopatología, con criterios de fragilidad, problemas sociales y polifarmacia –un paciente característico de las instituciones geriátricas– debe contar con algunas herramientas además de su conocimiento específico.*

*“Los trastornos de personalidad y la institución*

geriátrica”, de la Dra. Szulik, nos invita a pensar que los trastornos de la personalidad no sólo son un patrimonio de las salas de internación psiquiátrica ni algo frecuente en personas más jóvenes, sino que desafían –a partir de las dificultades que presentan estas personalidades cuando envejecen– a las instituciones en todos sus aspectos y provocan un fuerte impacto en el equipo de atención y en los otros residentes.

Si hablamos de complejidades, los síntomas psicológicos y conductuales se caracterizan no sólo por ser una causa de institucionalización, sino también por hacer peligrar la misma, debido a que generan situaciones que pueden producir malestar y sobrecarga a los encargados de la asistencia. Una forma de “prevenir” este efecto es llevar a cabo intervenciones a la medida de los pacientes y evitar caer en indicaciones estereotipadas. Sobre esta problemática profundiza el artículo “Aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias en las instituciones geriátricas”, de la Lic. Mune y el Dr. Pisa.

Sin duda, en este contexto, otra situación frecuente de la que se habla muy poco es lo relacionado con la sexualidad de los pacientes con demencia. El trabajo “El erotismo de las personas con demencias en las residencias para adultos mayores”, del Lic. Iacub y la Lic. Rodríguez asume el desafío. Nos presenta los modelos desde donde las residencias para adultos mayores organizan el erotismo de los residentes que padecen demencia. No sólo profundiza sobre los modelos institucionales y las perspectivas teóricas, sino que nos brinda ciertos lineamientos para llevar a cabo posibles intervenciones dentro del geriátrico.

En el artículo interdisciplinario “Adultos mayo-

res en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba: ¿objeto de cuidado o sujetos de derecho?”, de la Dra. Butinoff y las Licenciadas Guri (Trabajo social), Rodríguez (psicología), Abraham (Nutrición), Vera (estudiante de Letras Modernas) y Gasmann (estudiante de Nutrición), confluyen diferentes miradas con el objetivo de problematizar sobre las concepciones que subyacen al cuidado del anciano que se encuentra internado en una residencia geriátrica en la provincia de Córdoba (Argentina), y los posibles deslizamientos que ello entraña, desde la perspectiva de los derechos humanos.

Por su parte la Lic. Danel, en su artículo “Etnografía geriátrica asociada a procesos de supervisión a equipos gerontológicos”, desarrolla, a partir de un abordaje antropológico, una etnografía geriátrica que analiza las dimensiones socio-culturales de las residencias para adultos mayores. Comenta y profundiza su trabajo de quince años en la evaluación y supervisión de estas instituciones en la provincia de Buenos Aires. Confronta las investigaciones que llevó a cabo entre el 2005 y 2007 con las que realizó entre 2011 y 2015.

Para terminar, dos trabajos ponen el acento en la “narrativa”. El Dr. Matusevich, a partir de un cuento de Alice Munro, reflexiona y profundiza sobre el envejecimiento y el proceso de institucionalización. Nos brinda un retrato claro y esclarecedor sobre las dinámicas y vicisitudes que se ponen en juego. Una invitación a pensar la clínica desde otra perspectiva. Por su parte, las Dras. Robledo, Cabello y Dahl, ponen en tensión dos relatos sobre un paciente con indicación de ser institucionalizado: el de la epicrisis, con su conjunto de signos y síntomas, y el de la propia persona que, con sus palabras, relata lo que significa para él, tenerlos ■

# Impacto del envejecimiento en la psiquiatría

**Romina Rubin**

*Directora Médica del Hogar y Centro de Ancianos para la Comunidad judía  
"Hogar Ledor Vador"  
E-mail: rubinromina@yahoo.com.ar*

**Ricardo Jauregui**

*Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento, Hospital italiano de San Justo, Agustín Rocca, Argentina*

## Introducción

En el transcurso de las últimas décadas se ha observado un aumento sostenido de la población de adultos mayores tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. El incremento de la expectativa de vida ha ido adquiriendo gran importancia. En EE.UU. en 1997 el 13% de la población era mayor de 65 años, es decir, 34 millones de personas de las cuales 4 millones eran mayores de 85 años. Según la proyección para el año 2030 esos números se duplicarán, llegando a 70 millo-

nes de personas mayores de 65 años, con 8 millones de mayores de 85 años (1). Actualmente, en el mundo hay 868 millones de personas mayores de 60 años (aproximadamente el 12% de la población mundial). Para 2050 aumentará hasta el 21% y serán casi dos mil millones de personas (2).

Se prevé un incremento de las personas mayores de 60 de más del doble en todo el mundo para el 2050. Ese año, casi 8 de cada 10 personas de edad del mundo vivirá en las regiones menos desarrolladas. El aumento constante

---

## Resumen

Los cambios asociados al envejecimiento influyen en la presentación clínica y el abordaje de tratamiento de la enfermedad psiquiátrica en personas mayores. Varias enfermedades psiquiátricas son frecuentes en la vejez como la depresión o el conjunto de patologías con deterioro cognitivo que requieren de conocimiento geriátrico. En muchos países la psiquiatría del anciano es llamada *psicogeriatría* o *geriatría psiquiátrica*. Independientemente del nombre, es objetivo de este artículo transmitir que el psiquiatra que atiende pacientes mayores de 65 años, con pluripatología, con criterios de fragilidad, problemas sociales y polifarmacia debe contar con algunas herramientas además del profundo conocimiento de patología psiquiátrica en sí, tales como el trabajar en equipo, conocer cambios fisiológicos del envejecimiento y cómo influyen estos en la respuesta a los fármacos, conocer la presentación atípica de enfermedades en este grupo y tener presente la importancia de aspectos psicosociales y ambientales tanto en la presentación como en el abordaje y seguimiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** Envejecimiento – Psiquiatría – Geriatría.

IMPACT OF AGING IN PSYCHIATRY

## Abstract

The changes associated with aging influence the clinical presentation and treatment approach of psychiatric illness. Several psychiatric disorders are common in old age as depression or set of diseases with cognitive impairment requiring geriatric knowledge. In many countries psychiatry of the elderly are called psychogeriatric. Regardless of the name objective of this article is to convey that the psychiatrist who treats patients over 65 years with multiple disorders, with frailty, social problems and polypharmacy should have some tools in addition to the thorough understanding of psychiatric illness itself. Teamwork, meet physiological changes of aging and how these affect the response to drugs, atypical presentation of illness and keep in mind the importance of psychosocial and environmental issues both in presentation and in addressing and monitoring of disease.

**Key words:** Aging – Psychiatry – Geriatric.



de la longevidad humana constituye uno de los mayores cambios y desafíos de nuestro tiempo. Y si el mundo no se adapta a las nuevas tendencias demográficas será difícil lograr un futuro sostenible y seguro en el que las personas de todas las edades lleven una vida plena (2).

En la evaluación psiquiátrica tradicional se pierde con frecuencia la complejidad del paciente geriátrico. Esto también sucede en la evaluación tradicional de diferentes especialidades en las cuales se coloca el centro en la enfermedad en lugar de hacerlo en la persona. La visión centrada en la persona precisa una valoración integral teniendo en cuenta aspectos psicosociales, ambientales, económicos y, obviamente, clínicos, dentro del cual un componente fundamental es el análisis de la comorbilidad y el trabajo en equipo. El objetivo de este artículo es plasmar la importancia de adquirir habilidades diferentes cuando el psiquiatra elige asistir al paciente anciano con enfermedad psiquiátrica.

### Desafíos de la psiquiatría en un mundo que envejece

La explosión demográfica ocurrida durante el siglo XX implica un compromiso para enfrentar sus posibles consecuencias en todos los aspectos. Desde el punto de vista médico, en principio, se debe tener en claro que el anciano no es simplemente una persona mayor de 65 años. En el curso del envejecimiento se producen una serie de cambios en todos los órganos y sistemas, con la consecuente pérdida de reserva funcional que hace que los individuos de edad más avanzada sean más vulnerables a determinadas noxas, como pueden ser una infección, un medicamento, una mudanza o la pérdida de un ser querido. En la génesis de estos cambios participan tres tipos de factores que están de alguna manera relacionados entre sí. El primero es consecuencia de los cambios fisiológicos que no se producen de forma sincrónica. El segundo factor es la suma de enfermedades crónicas y agudas, que van dejando su impronta a lo largo del tiempo. Y el tercero deriva del impacto que tienen sobre el individuo los eventos ambientales y psicosociales (3, 4, 5).

Los ancianos son los que más utilizan los servicios sociales y de salud, tanto en atención primaria como en otros niveles; ocupan la mayor proporción de camas hospitalarias, con el mayor índice de mortalidad, de estancia hospitalaria y mayor número de reingresos. Sin embargo, las consecuencias del envejecimiento poblacional no pueden reducirse sólo a la esfera de la salud, sino que alcanzan también el ámbito socioeconómico y cultural. Desde las décadas de 1950 y 1960, se han venido identificando problemas de salud específicos de los ancianos no descritos en la literatura médica habitual, caracterizados por la presencia de vulnerabilidades, respuestas fisiológicas decrecientes, declinación funcional, sumatoria de enfermedades, incapacidades y dependencias, que constituyen hoy en día los "síndromes geriátricos" y que necesitan de un cuerpo de conocimiento nuevo para su interpretación y manejo. En ancianos complejos con pluripatología, la enfermedad psiquiátrica se presenta en este contexto (4).

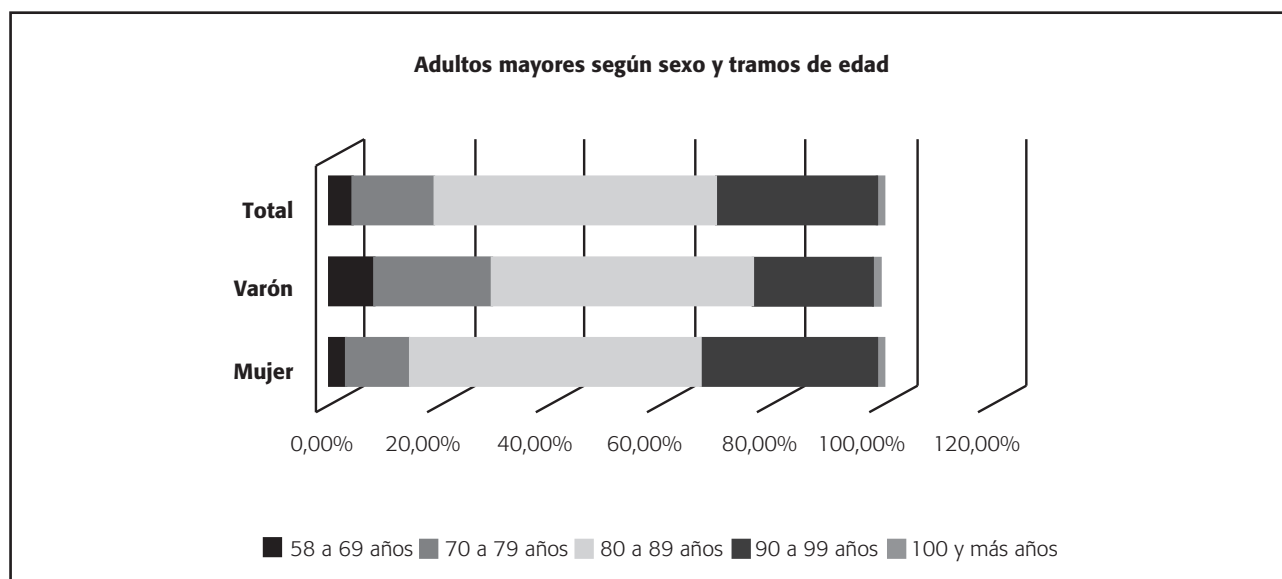
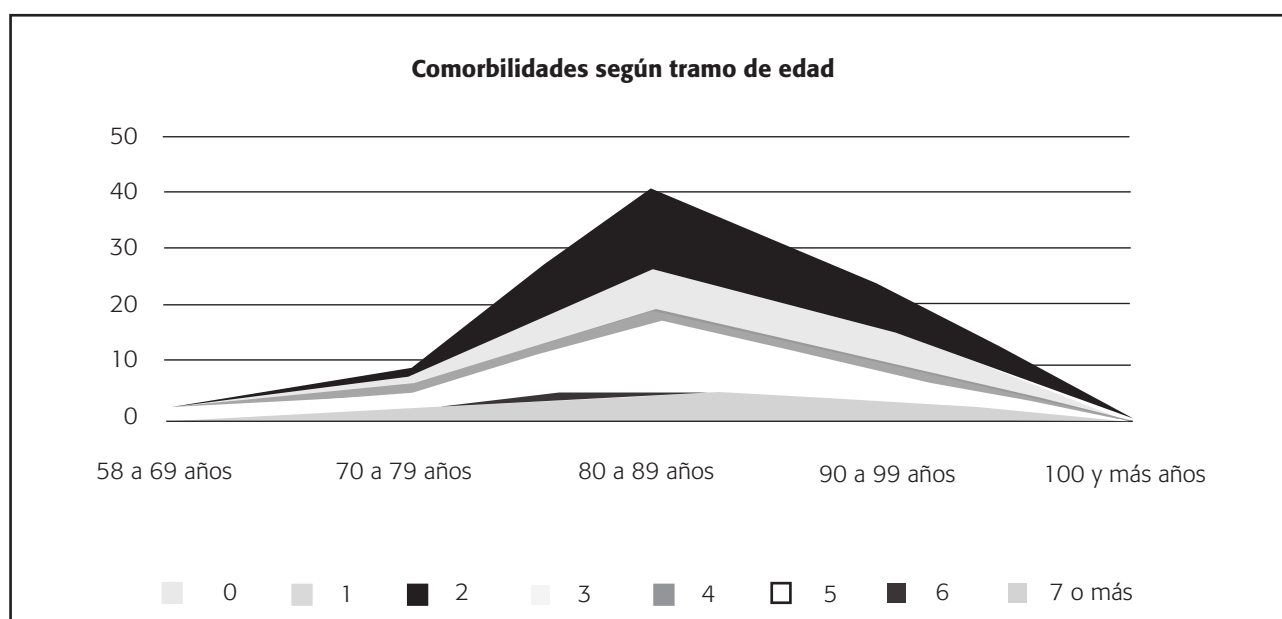
En 1976 Bernard Isaacs publicó sus *Gigantes de la geriatría*. La descripción de los mismos se ajusta perfectamente a lo que después en la evolución del conocimiento configuró las características de los síndromes geriátricos. Isaacs describió los gigantes como el síndrome de las "cuatro íes": "inestabilidad, incontinencia, inmovilidad e incompetencia intelectual" (6), los cuales se presentan como una discapacidad instalada, pero que suelen ser expresión final (*final pathway*) de múltiples enfermedades crónicas con grados variables de recuperación. Impactan fuertemente en la calidad de vida de las personas afectadas, son procesos prolongados que deben ser asistidos en los diferentes escenarios (hospital, residencias, clínicas de rehabilitación y, menos frecuentemente, en atención primaria). Las admisiones hospitalarias o geriátricas no se deben solamente a patología médica, existe una fuerte asociación secuencial entre las diversas enfermedades o intercorrelaciones que determinan la aparición de un "efecto cascada", que puede expresarse como "cascada de la incapacidad y la dependencia" (5). Esta cadena de eventos, que deriva finalmente en la pérdida de independencia, consiste en que una vez que aparece un problema de salud o situación social, su sola presencia puede generar la aparición de un nuevo problema, y éste determinar la aparición de un tercero que desencadena un fenómeno en cascada que resulta devastador para el paciente. Situación frecuente en geriatría, que puede ser desencadenada por un fármaco, un cambio brusco en la familia, una infección (7).

### ¿Qué es la comorbilidad?

Formalmente la comorbilidad se define como la presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario. El término ha evolucionado y en la actualidad hace referencia, en la mayoría de las ocasiones, a las diferentes enfermedades o condiciones morbosas que acompañan a una patología protagonista aguda (infarto agudo de miocardio, ictus, etc.) o crónica (insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, etc.) (8).

Existen pocos datos disponibles que describan el fenómeno de la comorbilidad en mayores de 65 años, en algunas fuentes es del 98% (9). En un análisis realizado en el año 2012 en el Hogar y Centro de Ancianos para la Comunidad Judía (Hogar LeDor VaDor) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, sobre una población de 317 personas mayores institucionalizadas, se reportaron los siguientes datos: el promedio de edad fue de 87.7 años; había en ese momento 93 pacientes mayores de 90 años y el 50% superaba los 80 (Gráfico 1). Se analizó la concurrencia de enfermedades crónicas y se observó que la franja etaria comprendida entre los 80 y 89 años concentraba la mayor cantidad de patologías, entre cinco y siete (Gráfico 2).

Apenas hay estudios sobre comorbilidad realizados en España exclusivamente en el paciente anciano. Sin

**Gráfico 1.** Población Ledor Vador por edad y sexo.**Gráfico 2.** Comorbilidades según tramo de edad.

embargo, hay grandes diferencias en las fuentes de datos y en los resultados. De todas maneras, en los estudios poblacionales realizados, la prevalencia de comorbilidad aumenta con la edad (10). El aumento en el número de personas que sufren más de una afección crónica "plantea un desafío complejo para el sistema de atención de salud, tanto en términos de la calidad de vida como de los gastos para una población que envejece", según el informe del CDC (*Center of Diseases Control and Prevention, USA*), de julio de 2012 (11).

Los ancianos habitualmente tienen múltiples enfermedades crónicas y ninguna de éstas puede tratarse de manera independiente; es común, además, que los ancianos con pluripatología tomen varios medicamen-

tos (11), lo que complica aún más el abordaje. El riesgo de efectos adversos es mayor a mayor número de fármacos administrados. Es necesario tener presente cada uno de estos aspectos a la hora de prescribir. Entre un 5% y un 17% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas y entre el 28% y el 68% son prevenibles. El 50% de las complicaciones en individuos internados se debe a la utilización de fármacos (12). Por otra parte los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento hacen a los ancianos más susceptibles a algunas drogas de uso común en psiquiatría como las benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos. Incluso, algunos de estos forman parte de un grupo de drogas potencialmente inapropiadas en ancianos (13).

## Relación de la comorbilidad y la fragilidad y discapacidad

En los últimos años ha habido un interés creciente por la *fragilidad*. Si en las décadas de 1960 y 1970 se sentaron las bases de la evaluación geriátrica del adulto mayor, y en la de 1980 se demostró la utilidad de la valoración geriátrica integral, desde la década de 1990 el interés se concentró en la evaluación de la fragilidad en el anciano. La mayoría concuerda en que la *fragilidad* es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica que se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad ante eventos adversos, y que se manifiesta en mayor morbilidad y mortalidad y reacción en cascada o cascada de eventos adversos descripta previamente (10).

A pesar de la aparente claridad conceptual de las definiciones anteriores, la dificultad continúa siendo determinar los factores específicos que llevan a la fragilidad (ver Tabla 1).

En la Tabla 1 se resumen los factores biomédicos encontrados en los distintos estudios, según Frank Lally. En la última década han surgido numerosos intentos de encontrar cuáles son los criterios que identifican mejor a los pacientes frágiles. Una de las principales investigadoras sobre el tema, Linda Fried, publicó los resultados del seguimiento de 5317 personas mayores, entre 65 y 101 años, durante 4 y 7 años, como parte del estudio de la cohorte del *Cardiovascular Health Study* (13). Definió la *fragilidad* de acuerdo con la presencia de al menos 3 de 5 criterios: fatiga crónica autorreferida, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de la marcha y pérdida de peso.

En el estudio se demostró que los pacientes que presentaban tres o más componentes del fenotipo padecían mayor riesgo de caídas, pérdida de movilidad, alteración en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, hospitalización y muerte. Se pudo demostrar que el grupo frágil se diferenciaba del grupo con discapacidad (definido como restricción en al menos una actividad de la vida diaria, AVD) y del grupo con comorbilidad

(presencia de al menos dos enfermedades determinadas). A pesar de existir superposición entre estos tres grupos, una parte de la muestra era exclusivamente frágil, y otra reunía las tres condiciones. En su trabajo, Fried concluye que *fragilidad* no es sinónimo de discapacidad y que los términos no son excluyentes (Figura 1) (14).

La fragilidad ha sido asociada también con varias enfermedades, en particular las cardiovasculares.

Algunas concepciones de fragilidad asocian el acúmulo de enfermedades crónicas y la presencia de síndromes geriátricos con resultados adversos y edad avanzada.

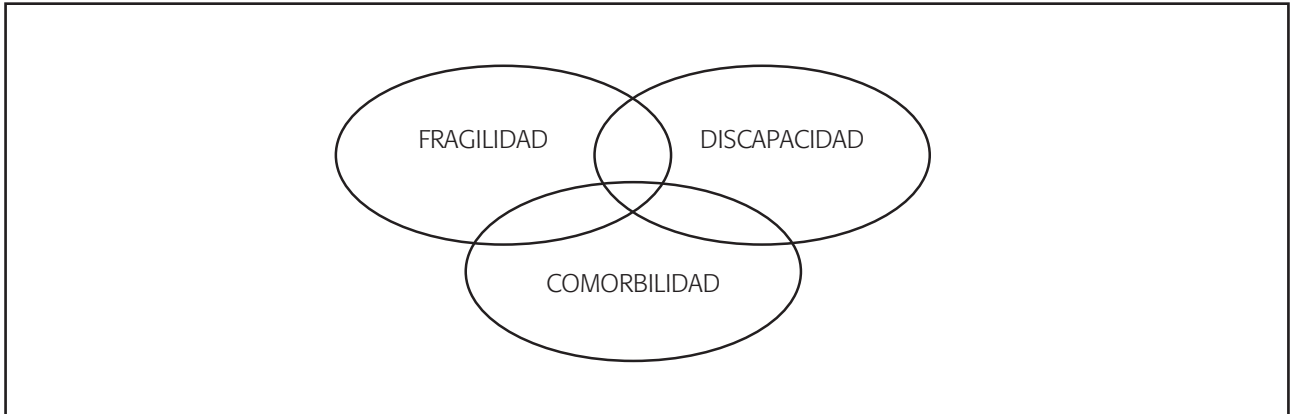
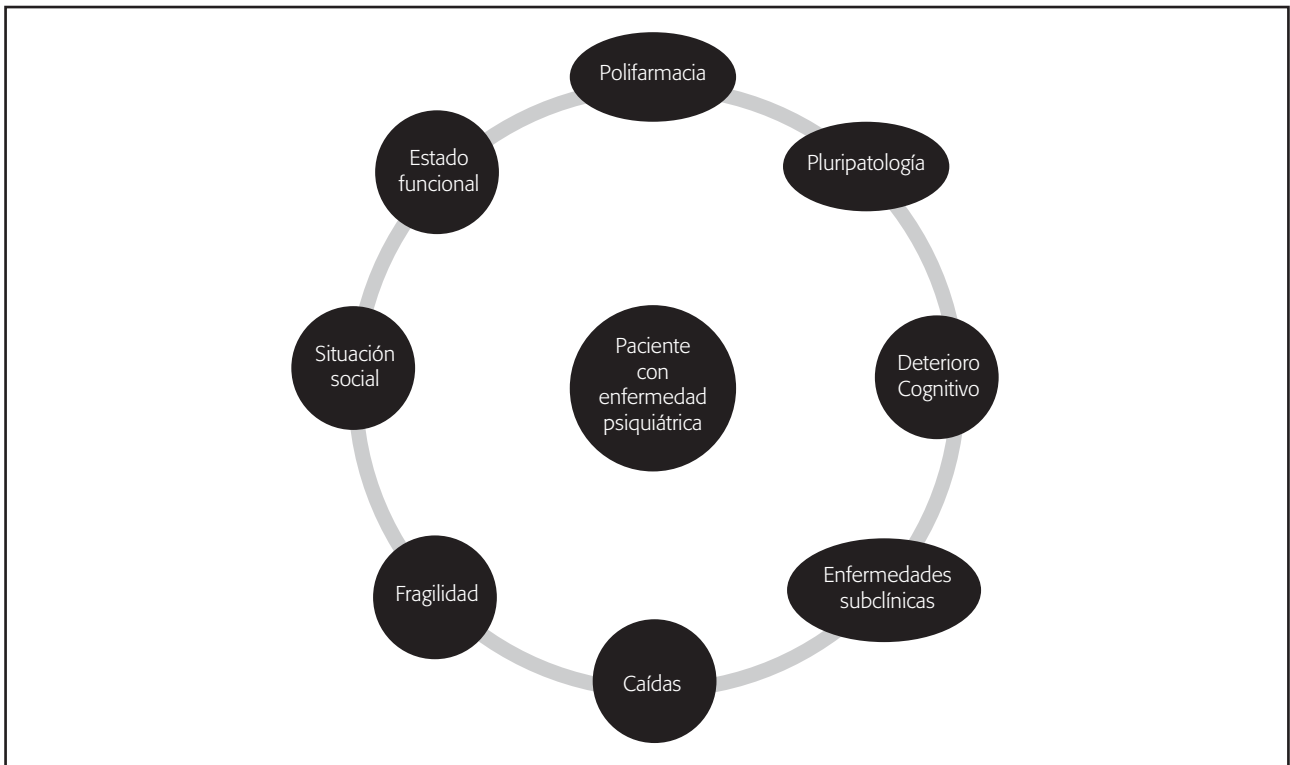
Nos encontramos en un escenario complejo, que requiere de una mirada más profunda y holística en la medicina geriátrica, un abordaje integral e integrado centrado en la persona, que obliga a la psiquiatría a adquirir más habilidades especiales además del muy buen manejo de enfermedades específicas, con mirada amplia como para asistir a un paciente complejo (Figura 2).

Dentro de las enfermedades psiquiátricas en la vejez se encuentran, en primer lugar, la depresión y el deterioro cognitivo. Con respecto a la primera, se estima que será la segunda causa de discapacidad en el año 2020, poco menos que las cardiovasculares. Por su parte, el impacto del deterioro cognitivo en este grupo etario hace que las enfermedades psiquiátricas puedan presentarse de manera atípica o no habitual (15). La prevalencia de demencia oscila entre el 5 y el 14,9% en mayores de 65 años. Pero la incidencia de deterioro cognitivo leve o mínimo es la que más puede confundir los casos de atención psiquiátrica debido a que los cuadros no son tan floridos y entonces pueden ser mal entendidos como problemas de origen psiquiátrico. Según una investigación hecha en Argentina, la prevalencia de DCM Mnésico es del 9.1% global después de los 55 años y del DCM Multidominio del 4.5% (16).

Sin una amplia integración de los datos de comorbilidad, un creciente número de personas mayores y sus médicos se quedarán con recomendaciones terapéuticas sin relevancia para su edad y nivel de complejidad.

**Tabla 1.** Factores biomédicos que pueden contribuir a la fragilidad.

Clínicos	Fisiopatología
Debilidad muscular	Insulinorresistencia
Pérdida de peso no intencional	Incremento en la coagulación
Infección viral	Sarcopenia
Comorbilidades	Disminución de la inmunidad
Deterioro cognitivo	Disminución de la testosterona
Fatiga	
Anemia, inflamación	

**Figura 1.** Relación de la fragilidad, la comorbilidad y la discapacidad.**Figura 2.** El paciente de hoy.

### Qué debe saber un psiquiatra para atender ancianos

La psiquiatría geriátrica se ha convertido ya en una sub-especialidad. En el anciano, los cuadros psiquiátricos toman formas atípicas y el tratamiento de los mismos debe tomar en cuenta los cambios fisiológicos y las enfermedades concomitantes. Los cuadros clínicos más comunes en esta población incluyen la depresión, deterioros cognitivos dentro de los que se encuentra la demencia y algunas psicosis crónicas. Los tratamientos psiquiátricos, particularmente los farmacológicos, tienden a causar efectos colaterales específicos (17), mayores en presencia de pluripatología, polifarmacia, aspectos psicosociales y

del ambiente. Para minimizar los mismos se recomienda seguir los principios de prescripción en geriatría:

- Prescribir solo cuando sea estrictamente necesario.
- Elegir la medicación cuidadosamente.
- Comenzar con la dosis más baja efectiva y aumentar progresivamente.
- Tratamientos simples, escritos con letra clara y detallados.
- Conocer cambios fisiológicos.
- Monitorear de cerca los efectos adversos e interacciones medicamentosas.
- Revisar periódicamente la indicación.
- Revisar también automedicación.

- Considerar siempre las medidas no farmacológicas.

### ¿Por qué es una sub-especialidad?

Porque reúne ciertas características que hacen necesario el conocimiento específico para el manejo adecuado de los pacientes. Estos son:

- Los trastornos mentales pueden tener diferentes manifestaciones, patogenia y fisiopatología de los adultos más jóvenes.
- Coexistencia de enfermedad médica crónica, que obliga al trabajo en equipo con geriatras.
- Frecuentemente se asocia la polifarmacia que requiere de habilidades de manejo de los tratamientos.
- Déficit cognitivo está presente como manifestación de efecto a drogas, manifestación de patología o patología específica.
- Mayor riesgo para estresores sociales, incluida la jubilación y viudez, que deben tenerse en cuenta a la hora de elegir y monitorear un tratamiento o pensar en el diagnóstico.

La evaluación psiquiátrica desde una perspectiva geriátrica de las personas mayores debe tener ciertas características, a saber:

Es posible que se necesite información del cuida-

dor, esto puede tomar un tiempo prolongado debido a un menor tiempo de respuesta, ver pacientes solos para evaluar la ideación suicida / homicida aunque tuvieran deterioro cognitivo, revisión de todos los medicamentos, aun aquellos sin receta médica, también aquellos a base de hierbas y buscar historia de alcoholismo y abuso de sustancias que suele no pensarse.

Es de buena práctica evaluar cualquier cambio en lo cognitivo, lo cual obliga a conocer el status previo del paciente, la biografía o tener la habilidad de interrogar cuidadosamente al cuidador. Descartar siempre las interacciones entre medicamentos o problemas médicos, más aun si impresiona deprimido o ansioso, las personas mayores generalmente requieren menos medicación para tratar los mismos síntomas. Regla de oro: "empezar de a poco, e ir despacio, pero ir" (*"start low, go slow, but go"*). Tanto la complejidad de los pacientes mayores de 65 años, la frecuencia de comorbilidad asociada, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, el mayor riesgo de síndrome confusional, de efectos colaterales, la influencia de los cambios ambientales sociales, ponen en jaque al psiquiatra desafiando la capacidad de trabajo en equipo para lograr mejores resultados, más aún en ancianos institucionalizados.

### Conflictos de interés:

Los autores no declaran conflictos de interés ■

## Referencias bibliográficas

1. Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en los ancianos. Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos 1995: 853.
2. Recuperado 27/02/15 de: <http://www.cepal.org/es/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-1>
3. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.* 2007 May; 55(5):780-91 (ver comentario editorial: Hazzard WR. Scientific progress in geriatric syndromes: earning an "A" on the 2007 report card on academic geriatrics. *J Am Geriatr Soc.* 2007 May; 55(5):794-6).
4. Indicadores Básicos, Argentina 2006. Ministerio Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. 2006: 1-20.
5. Geriatric Review Syllabus. A core curriculum in Geriatric Medicine, Fourth Edition, American Geriatrics Society 1999-2000.
6. Grimley Evans J. Geriatric medicine: a brief history. *BMJ.* 1997 Oct 25;315(7115):1075-7.
7. Guillén Llera, Salgado A, RUIPEREZ Cantera I. *Manual de geriatría.* 3ra. edición 2002.
8. <http://www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guias/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-comorbilidad-pluripatologia.pdf>
9. Martínez Velilla NI, Gaminde Inda. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc).* 2011 Apr 16;136(10):441-6.
10. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012 Jul 7;380(9836):37-43.
11. Freid VM, Bernstein AB, Bush MA. Multiple chronic conditions among adults aged 45 and over: trends over the past 10 years. NCHS Data Brief. 2012 Jul;(100):1-8.
12. <http://www.vocesenelfenix.com/content/impacto-de-los-f%C3%A1rmacos-en-la-personas-mayores>.
13. Beers 2012 recuperado el 27/03/15: [http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria\\_JAGS.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria_JAGS.pdf)
14. [http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/12815\\_110-115\\_HI3-2\\_Revision\\_Jauregui\\_Rubin.pdf](http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/12815_110-115_HI3-2_Revision_Jauregui_Rubin.pdf)
15. Kami'ska MS, Brodowski J, Karakiewicz B. Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2015 Mar 24;12(4):3406-16.
16. Mías CD, Sassi M, Masih ME, Querejeta A, Krawchik R. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol.* 2007 Jun 16-30;44(12):733-8.
17. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2015 Mar; 44(2):213-8.

# Los trastornos de personalidad y la institución geriátrica

Judith Szulik

*Médica psiquiatra.*

*Jefa del área de Psiquiatría de Fundación Nuevo Hogar Ledor Vador  
Docente de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UBA.  
Miembro de International Psychogeriatric Association  
Email:judith.szu@gmail.com*

*“Un sumidero de camas de hospital,  
ataúdes y corazones rotos.  
No hay liberación, no hay atracción,  
no hay ‘segundas oportunidades’...  
No hay más camino hacia delante  
que la vejez y la pérdida...”*

Donna Tartt  
*El jinetero*

## Introducción

Las instituciones geriátricas, cada vez más, albergan una cantidad abrumadora de residentes con algún desorden psiquiátrico: demencias, depresiones, enfermedades crónicas de inicio en la adultez temprana (los denominados “graduados”) y trastornos de la personalidad (TP).

Algunos, inclusive, sugieren que debido a las elevadas cifras de residentes con enfermedad mental, los geriátri-

cos podrían ser vistos como instituciones psiquiátricas. Esto podría tener sentido en cuanto a los problemas que presentan la mayor parte de los residentes. Sin embargo, no es el caso en términos del diseño, la organización de los servicios que se prestan y la capacitación de los integrantes de los equipos de atención (1).

Si tomamos la definición de TP del DSM 5 (2) (Tabla

---

## Resumen

Los geriátricos albergan una gran cantidad de residentes con algún desorden psiquiátrico; entre los más complejos se encuentran aquéllos con trastornos de la personalidad. Son los denominados residentes difíciles, que desafían a la institución en todos sus aspectos y provocan un fuerte impacto en el equipo de atención y en los otros residentes.

El presente trabajo intenta abordar los aspectos relevantes de los trastornos de la personalidad en el geriátrico, con el geriátrico y desde el geriátrico, tomando como punto de partida las dificultades que presentan estas personalidades cuando deben afrontar el envejecimiento. Asimismo, se plantean líneas de abordaje para con estos residentes.

**Palabras clave:** Envejecimiento - Trastornos de la personalidad - Geriátrico - Residentes difíciles.

PERSONALITY DISORDERS AND GERIATRIC INSTITUTION

## Abstract

Nursing Homes house a large number of residents with some kind of psychiatric disorder. The most complex cases are those involving personality disorders; these, known as difficult residents, often imply a challenge to the institution in every aspect and have a strong impact on the staff and on other residents.

The present article considers the relevant aspects of personality disorders in the nursing home, with the nursing home, and from the nursing home, taking into account the difficulties presented by these personalities when faced aging.

Moreover, possible approaches to these residents are proposed.

**Key words:** Aging - Personality Disorders - Nursing Home - Difficult residents.

---

I) (sólo a título descriptivo, ya que más adelante se analizan los aspectos vinculados con las particularidades del diagnóstico) podemos vislumbrar que el encuentro entre una persona con un trastorno de la personalidad y la institución geriátrica probablemente, por no decir, seguramente, resultará particularmente complejo.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de trastorno general de la personalidad según DSM 5.

<b>Trastorno general de la personalidad</b>
<p>A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en 2 o más de los ámbitos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cognición (maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).</li> <li>2. Afectividad (amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).</li> <li>3. Funcionamiento interpersonal.</li> <li>4. Control de los impulsos.</li> </ol>
<p>B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.</p>
<p>C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.</p>
<p>E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.</p>
<p>F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos de una sustancia u otra afección médica.</p>

*“El patrón perdurable que se desvía de las expectativas de la cultura del individuo”.* Cuando una persona ingresa a un geriátrico, la cultura del geriátrico será la que tendrá expectativas con respecto al residente, en cuanto a sus comportamientos, relaciones interpersonales y respuestas emocionales.

*“El patrón perdurable es inflexible...”.* La rigidez y falta de flexibilidad preanuncian dificultades para la adaptación a la cultura del geriátrico.

*“El patrón causa... deterioro en lo social...”.* El geriátrico es un ámbito de convivencia y de relaciones interpersonales forzadas.

El presente trabajo intenta abordar los aspectos relevantes de los TP en el geriátrico, con el geriátrico y desde el geriátrico.

## Los TP en la vejez. Algunos datos

Si bien la prevalencia de los TP tiende a ser más baja con el aumento de la edad, la proporción de ancianos con estos desórdenes tiende a ir incrementándose progresivamente por el aumento de la expectativa de vida. (3, 4, 5, 6, 7).

La prevalencia aproximada de los TP en ancianos es del 10% al 14% (8). Las cifras varían según el ámbito que se considere: 2.8-13% en la comunidad, 5-33% en pacientes ambulatorios y 7-61% entre los internados (9).

Con respecto a la prevalencia de los diferentes TP, Schuster y cols. (10) encontraron en una muestra de 8205 adultos mayores de 65 años que el más prevalente es el TP obsesivo-compulsivo (5.25%), seguido del paranoide (1.75%). El TP dependiente resultó el menos prevalente (0.29%).

Con respecto a la menor prevalencia en ancianos elaboran varias hipótesis entre las cuales se mencionan el sesgo de la muestra: los viejos con TP aparecen menos en las encuestas realizadas debido a mortalidad prematura, internación o institucionalización; otra hipótesis daría cuenta de la aplicabilidad a la vejez de los criterios diagnósticos actuales para TP.

Los TP se asocian fuertemente con discapacidad, con comorbilidades psiquiátricas y con enfermedades médicas, y provocan un fuerte impacto en la calidad de vida (10).

En este sentido, el trastorno borderline de la personalidad se asocia con mayor riesgo de obesidad y de diabetes, mientras que el obsesivo-compulsivo y el esquizoide, con enfermedad coronaria, por ejemplo.

La evidencia es inconsistente con respecto al tipo de influencia que ejerce el TP en la enfermedad médica. Algunos estudios la atribuyen a las comorbilidades psiquiátricas, otros plantean la incidencia de comportamientos tales como el consumo de tabaco, alcohol o la falta de ejercicio; también se menciona la menor adherencia a los tratamientos e indicaciones con posterioridad al diagnóstico de un problema médico (11).

## Dificultades del diagnóstico de los TP en la vejez

El envejecimiento crea situaciones clínicas que frecuentemente dificultan el reconocimiento de los TP cuando se aplican los criterios creados para personas más jóvenes. Los cambios en la salud, en la capacidad física, en las capacidades intelectuales y en las circunstancias sociales interactúan produciendo comportamientos que pueden “imitar” un TP (12).

Todos los factores involucrados en la expresión del comportamiento: el afecto, la cognición, los conflictos internos y las motivaciones, deben ser analizados en profundidad para comprender los comportamientos en esta etapa de la vida, y, así, poder distinguir los derivados de la personalidad de aquéllos desencadenados por otros problemas relacionados con el envejecimiento, tales como las limitaciones físicas o el daño cerebral.

Si bien la definición de TP requiere el inicio en la adultez joven, el diagnóstico puede “llegar” tardíamente

en la vejez. En parte debido a que la clínica de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, etcétera, pueden haber hecho pasar por alto el diagnóstico del TP subyacente. Pero también, porque los rasgos de personalidad pueden haber sido funcionales en una fase de la vida y volverse mal adaptados en una etapa más tardía (13).

Si bien escapa a los alcances de este trabajo, no podemos dejar de señalar las dificultades que conlleva la aplicación de las clasificaciones vigentes para el diagnóstico de los TP cuando se trata de personas ancianas (14, 15).

### **Dificultades del envejecimiento en los TP**

Los desafíos a los que nos enfrenta el envejecimiento son inexorables para todos: las pérdidas de seres queridos, de roles sociales, el deterioro físico; no obstante, las personas que tienen algún TP llegan mal preparadas al encuentro con ellos. Envejecen con dificultades para afrontar la vida y, frecuentemente, con una pérdida de la autoestima derivada de problemas y fracasos sucedidos a lo largo de la existencia.

Es en la esfera de las relaciones interpersonales donde se manifiestan principalmente los TP. A pesar de que la mayoría de las personas con TP no se ven a sí mismas como teniendo un problema, sí identifican problemas en las relaciones con los otros de su entorno. Los otros son los vecinos, los cuidadores, los familiares, los empleadores y, también, los profesionales de la salud. Sus vínculos se caracterizan por la disfunción, el conflicto, la distancia o el caos. Y las dificultades son particularmente intensas en los vínculos íntimos: hijos, parejas, cónyuges. Precisamente, en una etapa de la vida en la cual el sostén que brinda las relaciones cercanas y contenedoras resulta fundamental, los viejos con su TP a cuestas y con sus vínculos históricamente dañados, son especialmente vulnerables a los avatares del envejecimiento.

Aquéllos con personalidades paranoides o esquizoides tienden a recluírse, a rechazar cuidados o asistencia y muchas veces terminan viviendo en condiciones desastrosas. En el otro extremo se encuentran las personas con rasgos temerosos, ansiosos y emotivos, que tienden a agotar los recursos familiares y comunitarios (16).

Resulta fácil comprender, entonces, que las personas con TP tienen menos chances de continuar viviendo en la comunidad llegados a una fase de disminución de las capacidades.

Aquí entra en escena... la institución geriátrica, a la que llamaré, de aquí en adelante, el geriátrico.

### **El impacto de la institucionalización en los TP**

La mudanza a un geriátrico, indudablemente, constituye una experiencia estresante que provoca, entre otros, sentimientos de soledad, de abandono, y de pérdida de control sobre la propia vida. Aturdidos por las señales del envejecimiento que están por todas partes ( "este lugar está lleno de viejos decrepitos", "sólo se ven sillas de ruedas por todas partes", "está lleno de loquitos", estas son algunas de las expresiones que escuchamos habitualmente de los recién llegados), que recuerdan el propio y

la propia finitud; puestos en una situación de dependencia forzosa e intensa, con contactos interpersonales que evocan los vínculos familiares; expuestos a la intrusión en su privacidad derivada de los cuidados directos: son algunas de las cuestiones que debe afrontar cualquier persona que se institucionaliza. No obstante, aquéllos con TP, llegan a la institución con un "handicap" determinado, precisamente, por su personalidad. Es por ello que el TP puede expresarse aún más en el contexto del geriátrico (16).

### **El impacto del TP en la institución: el residente "difícil"**

El geriátrico es un ámbito residencial y médico: este hecho ya nos introduce en una complejidad única. Como tal, es el sitio donde el residente vive y en el cual se produce el encuentro con el sistema de salud, en sus aspectos médicos y psicológicos.

El encuentro puede resultar armonioso y desarrollarse sobre la base de la confianza, el cuidado y el afecto progresivos. O este encuentro puede resultar en una colisión que impacta negativamente tanto en el residente como en la institución. Este último es el caso del residente "difícil".

En general, aquellas personas que más chocan con la cultura del geriátrico suelen tener un TP.

El residente difícil puede no requerir una atención física importante, pero típicamente "no encaja" en el sistema, generando sentimientos negativos entre los cuidadores.

Siguiendo los conceptos de Rosowsky y cols. (17), se define al geriátrico como un modelo de sistema formal, con normas, rutinas y políticas institucionales, que, por lo tanto, tiene menos capacidad para tolerar desvíos, en sus integrantes, que los sistemas informales:

1. Las cogniciones, el afecto y el comportamiento del residente influyen en la prestación de servicio.
2. Todo sistema se esfuerza por mantener su homeostasis.
3. Un desvío del residente es considerado patología.
4. La patología en el sistema amenaza la homeostasis del sistema y es experimentado como una amenaza a su integridad.
5. El sistema responderá para corregir el desvío, eliminar la amenaza, y restablecer la homeostasis.

Los residentes con TP amenazan y desafían al sistema, provocando respuestas atípicas y no profesionales.

Son los residentes agresivos, impredecibles, impulsivos, desinhibidos, sin tolerancia a la espera, con ataques de ira, que despliegan relaciones interpersonales intensas y lábiles.

Perplejidad, irritación, frustración, confusión, exasperación, sensación de acoso, agotamiento; son algunos de los sentimientos que provocan estos residentes en el equipo de atención. Y esto resulta de mayor magnitud entre el personal de atención directa que es quien más convive con los pacientes y, que muchas veces, carece de la capacitación (herramientas) y de la contención insti-



tucional para comprender y afrontar las dificultades que se suceden en el día a día.

Los residentes difíciles suelen tener también familias descontentas, las cuales llegan al encuentro con la institución agobiadas por vínculos históricos difíciles con el viejo en cuestión, con la ambivalencia a flor de piel o, frecuentemente, ocultando los rasgos de personalidad del anciano por temor a que no sea recibido en el geriátrico.

### Diagnóstico del TP antes del ingreso al geriátrico

La posibilidad de realizar un proceso de pre-admisión en el geriátrico es fundamental para poder advertir los rasgos de personalidad del residente que ingresaría, y poder establecer si esa institución tiene la posibilidad de incluirlo en su organización. No todos los geriátricos tienen los recursos, humanos, de infraestructura, profesionales, administrativos, etcétera, para llegar a buen término con un residente. *Cualquier geriátrico no es para cualquier anciano y cualquier anciano no es para cualquier geriátrico.*

El proceso de pre-admisión debe ser realizado, idealmente, con entrevistas conducidas por profesionales con experiencia. El proceso incluye:

#### 1. Entrevista con el candidato a ingresar

La entrevista con el posible futuro residente intenta delinear los rasgos de personalidad a través de la dinámica que se establece en ese primer contacto; la actitud, la conexión afectiva, la congruencia ideo-afectiva, la percepción del individuo con respecto a sus vínculos, la contratransferencia (rechazo, fascinación, denigración, etcétera). La historia laboral y social. Resulta útil preguntarle cómo se describiría a sí mismo; frecuentemente en la respuesta se encuentran los indicios de un posible TP.

#### 2. Entrevista con familiares

En esta instancia se intenta conocer la calidad de los vínculos más íntimos y esbozar el tipo de familia que también ingresaría a la institución. Además de poder obtener datos sobre la duración, variabilidad y progresión de los síntomas, adecuación del funcionamiento social e historia laboral, antecedentes de disrupciones severas en el cuidado parental lejano.

#### 3. Entrevista con cuidadores

Es de invaluable ayuda, ya que aporta información que permite vislumbrar la dinámica de la relación que se establecerá con los encargados de la asistencia directa.

#### 4. Historia clínica de pre-admisión

Documentar los datos obtenidos de las entrevistas, completados con los antecedentes médicos y las recomendaciones del sector apropiado y del tipo de habitación (si se considera que podrá compartir o no la misma).

### Diagnóstico del TP en el geriátrico

Es frecuente que el diagnóstico de TP se realice una vez que el ingreso ya se produjo; ya sea porque no se efectuó el proceso de pre-admisión (muchos geriátricos no lo tienen sistematizado y sólo realizan entrevistas previas de tipo administrativo o porque el ingreso se produjo en forma intempestiva o urgente) o porque el mismo no ha sido eficaz.

Ya en el geriátrico, los patrones habituales de los TP pueden resumirse de la siguiente forma:

- Conflictos en la convivencia con los compañeros de habitación.
- Incapacidad para adaptarse a las rutinas institucionales.
- Transgresiones de las normas.
- Desconfianza.
- Demandas excesivas.
- Dificultades en la socialización.
- Intolerancia a la espera.
- Intolerancia a la frustración.
- Dificultades para compartir.
- Reacciones de ira, conductas impulsivas.

También el equipo de atención del geriátrico va a presentar manifestaciones particulares con estos residentes:

- Hacer cosas por el residente que éste podría hacer por sí mismo.
- Nada de lo que se hace es suficiente.
- Sentimientos de denigración, de indefensión.
- Reacciones inusuales o sorprendidas en el equipo.
- Conflictos dentro del equipo, por mecanismo de "splitting". Algunos se transforman en aliados y otros en enemigos, generando la actuación de los roles en los cuales el residente los coloca.
- Descuido y falta de atención adecuada. "Errores".

### Abordaje de los TP en el geriátrico

El abordaje de los residentes "difíciles" es un desafío para la institución que no siempre resulta exitoso. El impacto de la institucionalización para estos pacientes es, tal vez, más intenso que para aquellos que cuentan con una diversidad y flexibilidad de rasgos en su personalidad que pueden desplegar adaptativamente (18).

Las personas con TP en ocasiones terminan apartadas o autoexcluidas dentro de la comunidad de la institución; en otras, el geriátrico no logra sostenerlas dentro de su sistema y las expulsa.

Es importante, para establecer objetivos y modular las expectativas, tanto de la institución como de las familias de estos residentes, tener en cuenta que:

- Los patrones de comportamiento que están profundamente arraigados son muy difíciles de modificar.
- Las expectativas de que un residente que ha sido un solitario se adapte a un cronograma de actividades sociales no es realista.

- Aquellos perfeccionistas o que han vivido bajo reglas rígidas no podrán adaptarse a las rutinas institucionales que entren en conflicto con las propias previas.
- Quienes no han sido sensibles a los sentimientos de los demás no podrán volverse considerados hacia otros residentes.
- La historia de conflictos vinculares familiares predice conflictos con el equipo.

El abordaje debe realizarse teniendo en cuenta los siguientes ejes (16):

- *Claridad.* Los objetivos terapéuticos deben estar claramente articulados y documentados para permitir que el equipo evalúe diversos abordajes sin perder el sentido de la dirección.

- *Consistencia.* A pesar de que el equipo debe ser flexible, una vez que se elige una estrategia determinada, es fundamental la consistencia. Por ejemplo, si se decide algo sobre algún permiso o necesidad del residente, debe ser claramente especificado y comunicado al residente, para evitar la puja por otro tema, tal como la medicación.

- *Comunicación.* Con el residente, con la familia y dentro del equipo, con el objetivo de evitar el "splitting".

- *Apoyo del equipo.* Reuniones interdisciplinarias del equipo para evitar enemistades que típicamente generan estos residentes entre las distintas áreas: enfermería, médica, servicio social, administrativa. Capacitación del equipo.

Finalmente, con respecto al manejo farmacológico, cabe señalar que estos pacientes suelen generar pedidos desesperados al psiquiatra para que "haga algo", en una tentación fantasiosa de encontrar una solución mágica. Difícilmente la medicación resuelve estos problemas y puede traer complicaciones adicionales. Puede ser de utilidad en caso de comorbilidades psiquiátricas o en casos de agitación, ansiedad extrema o síntomas psicóticos.

Con respecto a la psicoterapia, se deberá evaluar caso por caso la indicación, teniendo como objetivos el alivio sintomático y la adaptación a la institucionalización y al geriátrico.

En muchas ocasiones, los abordajes con más efecto terapéutico provienen de las actividades con las que cuenta el geriátrico, tales como terapia ocupacional, musicoterapia, terapias de movimiento, etcétera. En este sentido es importante poder detectar las preferencias del residente, muchas veces vinculadas con habilidades previas, lo cual facilita la adherencia al abordaje y promueve la posibilidad de lograr una alianza terapéutica.

A continuación se presenta una viñeta clínica:

La Sra. F., una mujer de 84 años, viuda desde el año 1989, ingresó al geriátrico derivada de otra institución de la cual quiso retirarse por no estar conforme con la atención y calidad de la misma. Delgada, con marcha firme, no aparentaba la edad que tenía, su actitud era altiva y arrogante.

Desde su ingreso presentó múltiples dificultades para adaptarse a la institución; con severos problemas de convivencia con los demás, tuvo que ser cambiada de habitación en muchas oportunidades porque no toleraba ni era tolerada por sus compañeras, a quienes descalificaba y maltrataba. No hizo ningún vínculo en el geriátrico, se rehusaba a ser evaluada por los médicos y rechazaba las prescripciones e indicaciones.

Permanecía la mayor parte del tiempo sentada sola, leyendo el diario y fumando (transgrediendo la prohibición de hacerlo en espacios cerrados), no participaba de ninguna actividad, considerándolas tontas y sin sentido.

Se quejaba de todo y de todos, con ironía y cinismo, y así se dirigía a los demás, con una actitud que oscilaba entre la ironía, el desafío y la suspicacia. Se reconocía desconfiada, durante la entrevista me preguntó quién me había mandado interrogarla.

"Acá me quieren volver loca, y van a conseguirlo, yo nunca era una persona de decir malas palabras pero acá aprendí eso también, esto es un asco, no hay higiene, orden, ni siquiera una se puede higienizar como quiere, no hay bidet, me discriminan, me acusan de cosas que yo no hice, el trato es impersonal, no respetan la personalidad de uno..."

"Mi hijo no se portó bien conmigo, yo no tenía que terminar acá, quiero ir a mi casa pero él no me deja."

Si bien podía salir sola de la institución, decía que lo hacía infrecuentemente porque no tenía suficiente dinero, "mi hijo administra mis cosas, tiene firma de mis cosas".

Aparentemente la internación anterior se había producido por alcoholismo, sustancia de la que había comenzado a abusar tras el fallecimiento de su marido. Al momento de su ingreso hacía 12 o 13 años que no bebía. Durante la entrevista y, llegada a este punto, desafiante, me dio a oler una botella de agua que tenía en su mesa de luz. También me mostró que tenía el control remoto de la TV guardado en su cartera y que no pensaba dejarlo al alcance de sus compañeras de habitación "porque ellas ni saben usarlo", inclusive durante mi presencia apagó el televisor y, frente a la queja de su compañera, respondió con un grito, "porque estamos hablando y molesta". Su compañera de habitación acotó: "esta mujer es tan mala, sólo piensa en ella y en nadie más". Situaciones similares acaecieron en otras habitaciones, en las que imponía sus gustos y deseos, sin tener en cuenta a los demás, y sin poder transigir o negociar con sus compañeras, a quienes tildaba de locas. En varias oportunidades familiares de las diversas compañeras se quejaron y demandaron cambio de habitación por lo imposible que resultaba convivir con F.

La Sra. F. tenía un único hijo de 56 años en ese momento, divorciado, y tres nietos de 29, 28 y 21 años respectivamente: "son el amor de mi vida, tengo una excelente relación con ellos, aunque están muy ocupados". Éstos la visitaban muy poco, y también su hijo. "Para mí es poco lo que él hace por mí".

Su marido había fallecido tras muchos años con enfermedad de Alzheimer. "Yo lo cuidé en mi casa, sola, durante diez años", hasta que tuvo que institucionalizarlo.

Alemana, huyó de Europa con su familia (padres y un hermano), en la época del nazismo, hacia Bolivia, donde había vivido entre los 14 y los 21 años, “fue la mejor época de mi vida, los bolivianos son gente muy buena, me adapté muy bien y me hice amigos, un oficio”.

Estudió “Belleza de cara y cabeza”, y trabajó en Bs. As. en una peluquería hasta que se casó. Estos datos los aportó con renuencia.

Conoció a su marido en un baile “pero no me gustó porque bailaba mal”.

Se refería a él diciendo que “era un buen tipo”, pero al preguntarle si se había casado enamorada, su respues-

ta cargada de ironía fue: “¿existe el amor y la pasión a los veinte y pico de años?”

Tuvieron un solo hijo “porque él no quiso más. Hay negocios que se pueden hacer solos pero para otros se necesita un socio y este era el caso, yo hubiera buscado la nena”.

Las estrategias que se intentaron con la residente resultaron infructuosas, la convivencia en la habitación era imposible. Finalmente, después de transitar un período de conflictos con el hijo de la paciente, que no quería hacerse cargo de la situación de su madre ni de su madre, la Sra. F. fue trasladada a otra institución que tenía disponibilidad para alojarla en una habitación individual ■

## Referencias bibliográficas

- Katz IR. Foreword. En: Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Schogt B, editores. *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Home. A Handbook for Staff*. 3° ed y rev. Washington: Hogrefe&Huber Publishers; 2007.p.v-viii.
- Trastornos de la personalidad. En: Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.p.359-372.
- Balsis S, Gleason ME, Woods CM, Oltmanns TF. An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychol Aging* 2007; 22(1):171-185.
- Balsis S, Woods CM, Gleason ME, Oltmanns TF. Overdiagnosis and underdiagnosis of personality disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(9):742-753.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7):948-958.
- Lenzenweger ME, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62(6): 553-564.
- Sansone RA, Sansone LA. Personality Disorders. A Nation-based Perspective on Prevalence. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8(4): 13-18.
- Abrams RC, Horowitz SV. Personality disorders after age 50: a meta-analysis. *J Personal Disord* 1996; 10: 271-281.
- Van Alphen SP, Engelen GJ, Kuin Y, Derksen JJ. The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-5. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(3):205-209.
- Schuster JP, Hoertel N, Le Strat Y, Manetti A, Limosin F. Personality disorders in older adults: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21(8):757-768.
- Oltmanns TF, Balsis S. Personality Disorders in Later Life: Questions about the Measurement, Course, and Impact of Disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7:321-349.
- Segal DL, Coolidge FL, Rosowsky E. Personality Disorders and Older Adults: Diagnosis, Assessment and Treatment. New Jersey, John Wiley & Sons, 2006.
- Sadavoy J, Fogel B. Personality disorders in old age. En: Birren J.E, Sloane R.B, Cohen G.D editores. *Handbook of mental health and aging*. San Diego, CA: Academic Press; 1992.p. 433-462.
- Balsis S, Segal DL, Donahue C. Revising the personality disorder diagnostic criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5): consider the later life context. *Am J Orthopsychiatry* 2009; 79(4):452-460.
- Van Alphen SP, Rossi G, Segal DL, Rosowsky E. Issues regarding the proposed DSM-5 personality disorders in geriatric psychology and psychiatry. *Int Psychogeriatr* 2013; 25: 1-5.
- Robinson A, Schogt B. The Resident with Personality Disorder. En: Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Schogt B, editores. *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Home. A Handbook for Staff*. 3° ed y rev. Washington: Hogrefe&Huber Publishers; 2007. p.139-153.
- Rosowsky E, Smyer MA. Personality Disorders and the Difficult Nursing Home Resident. En: Rosowsky E, Abrams RC, Zweig RA, editores. *Personality Disorders in Older Adults: Emerging Issues in Diagnosis and Treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999.p.257-274.
- Matusevich D, Szulik J. Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.). *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 1997; VIII (29): 181-187.

# Aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias en las instituciones geriátricas

Laura Mune

*Lic. en Psicología  
Servicio social. Nuevo Hogar LeDor VaDor*

Hugo Pisa

*Médico especialista en Psiquiatría  
Psiquiatra del Nuevo Hogar LeDor VaDor  
Director Médico de Integra Más  
E-mail: hugo.pisa@gmail.com*

## Introducción

En 1996, la *International Psychogeriatric Association* reemplaza el término "Trastornos del comportamiento" (como se conocía hasta ese momento) por el de "Síntomas conductuales y psicológicos de las demencias" (en inglés BPSD: *Behavioral and Psychological symptoms of*

*dementia*). Los definió como aquellos signos y síntomas que afectan la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta en los pacientes con demencia (1, 2). Son frecuentes: afectan al 90% en algún momento de su evolución (3).

---

## Resumen

Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias son una de las principales causas de institucionalización. También pueden atentar contra la misma: algunas instituciones "se niegan" a recibir o a que la persona continúe en el lugar. Por último, constituyen situaciones de difícil manejo que ponen en jaque la estabilidad del equipo tratante. La aproximación psicosocial está constituida por una amplia gama de intervenciones que se diseñan y utilizan a partir del paciente para aliviar la carga y el estrés que genera el "manejo" de la persona con demencia.

El objetivo de este trabajo es revisar aspectos teóricos y (re)valorizar el rol de la aproximación psicosocial a partir de las intervenciones psico-sociales.

**Palabras clave:** BPSD - Geriátrico - Aproximación psicosocial.

PSYCHOSOCIAL APPROACH OF BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA IN GERIATRICS INSTITUTIONS

## Abstract

The psychological and behavioural symptoms of dementia are one of the most important causes of institutionalization. They can, otherwise, go against it: some institutions refuse to accept patients or their staying there.

Lately, this creates difficult situations to deal with that can destabilize the medical team. A psychosocial approach is based in a wide variety of interventions that are designed in the patient himself, to relief the stress that generates dealing people with dementia.

The aim of this paper is to analyze theoretical issues and to revalue the role of psychosocial approach based on psychosocial interventions.

**Key Words:** BPSD - Nursing home - Psychosocial approach.

Este conjunto de signos y síntomas conduce a la prescripción (y abuso) de psicofármacos y suelen ser una de las principales causas de institucionalización (4). De igual modo, pueden hacer peligrar la misma: algunas instituciones “se niegan” a recibir o a que la persona continúe en el lugar, debido a que ciertas conductas pueden resultar disruptivas para el entorno. Por último, constituyen en muchos casos situaciones de difícil manejo que ponen en jaque la estabilidad del equipo tratante.

La aproximación psicosocial está constituida por una amplia gama de intervenciones (5) que se diseñan y utilizan a partir del paciente para aliviar la carga y el estrés que genera el “manejo” de la persona con demencia. En particular, la agitación, la psicosis, la agresión y la depresión son causas importantes de malestar y descompensación tanto para los pacientes, como para los encargados de su cuidado y asistencia (6); lo que puede ocasionar, a su vez, conductas negligentes y de violencia por parte del personal u otros residentes. Si seguimos esta línea, tener en cuenta la aproximación psicosocial y el uso de intervenciones psicosociales puede proporcionar al personal un sentido de control de la situación y reducir las expectativas poco realistas de los resultados inmediatos (7).

El objetivo de este trabajo es revisar, a partir de ejemplos clínicos hipotéticos, aquellos aspectos teóricos que constituyen el punto de partida para la comprensión de situaciones (frecuentes) que en la clínica se manifiestan como complejas y requieren por parte del profesional una mirada y una escucha particular. Una mirada y una escucha que va a permitir llevar a cabo intervenciones “a la medida” del paciente. Porque esto ofrece la oportunidad para aliviar el sufrimiento y reducir la carga del familiar/cuidador (8). Esto no quiere decir desvalorizar el lugar del psicofármaco (usado muchas veces con la falsa sensación de que acortan camino hacia la estabilidad que, en ocasiones, no es tal, sino todo lo contrario: se agregan efectos adversos que empeoran el cuadro). Pretendemos (re)valorizar el rol de la aproximación psicosocial a partir de las intervenciones psico-sociales que son las que día a día se ponen en juego. Constituyendo verdaderos desafíos de la práctica asistencial en una institución geriátrica.

### Antes que nada: lo primero y lo segundo

En primer lugar, es importante tener en cuenta que pueden producirse síntomas conductuales en pacientes con demencia sin que, necesariamente, se deban al síndrome demencial. Entre las causas más frecuentes se destacan enfermedades infecciosas (sobre todo urinarias y respiratorias); descompensación clínica (por ejemplo: hiponatremia); y secundarias a fármacos. Situaciones que deben ser tenidas en cuenta ante conductas inapropiadas que irrumpen de forma aguda.

Descartado esto a partir de una evaluación clínica exhaustiva, podemos inferir que los síntomas forman parte de la evolución del cuadro demencial.

En segundo lugar, citaremos a modo de repaso lo que puntualiza Cohen-Mansfield. Define al BPSD como “actividad inapropiada verbal o motora que no es juzgada por

un observador externo como un resultado evidente de necesidades o de confusión del paciente” (9). Es decir que la reacción del paciente es desmedida, exagerada o inadecuada y no tiene un desencadenante que la justifique. ¿Cuáles son los síntomas que lo conforman? *Psicológicos*: delirios, alucinaciones, falsos reconocimientos, ansiedad, depresión, apatía. Y dentro de los *conductuales*: vagabundeo (*Wandering*), agitación (actividad motora o vocal inapropiada que no es debida a un síndrome confusional o necesidad del paciente; pueden ser agresivas o no agresivas), reacciones catastróficas, quejas/acusaciones, desinhibición, negativismo.

### Las intervenciones: tipos

Como dijimos, es necesario desarrollar, evaluar y poner en práctica intervenciones psicosociales que constituyan una alternativa segura y eficaz a la medicación psicofarmacológica en el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias. Con la intención de discriminar los diferentes “tipos” de intervenciones que se llevan a cabo, en general, en las residencias geriátricas, se realizó una revisión extensa de trabajos publicados entre 2000 y 2012. Sobre un total de 641 trabajos se individualizaron las siguientes categorías (10):

*Terapia de reminiscencia*: individual o grupal. Se trabaja sobre las experiencias pasadas a partir del uso de material que sirve de estímulo: fotos, canciones, objetos familiares, etc.

*Musicoterapia*: en general, se lleva a cabo de forma grupal y se personaliza de acuerdo con los gustos de los integrantes. Entre sus beneficios se destacan la disminución de la ansiedad y la inquietud. También puede favorecer al sueño (11, 12).

*Actividades recreativas*: se pueden realizar individual o grupalmente. Promueven el objetivo de estimular la creatividad, el sentido de autosuficiencia y el bienestar. Se adaptan a los intereses de la persona o el grupo.

*Interacción social*: hacen hincapié en la importancia de las relaciones y la comunicación. Se utilizan peluches, muñecos y juguetes.

*Terapia de validación*: desarrollada por Naomi Feil, constituye una terapia de comunicación que se basa en una actitud de respeto y empatía hacia los pacientes. Se fundamenta en el hecho de considerar la existencia de una razón que justifique las “conductas inapropiadas”. En este abordaje se insiste en que nunca se debe discutir o enfrentarse con el paciente, ni intentar que asuma su conducta anómala.

*Actividad física*: incluye caminata o actividades individuales (juegos de pelota, ejercicios de silla, danza o terapias alternativas como el Tai Chi), adaptadas a las preferencias y habilidades individuales.

*Capacitación centrada en la persona*: tiene como objetivo la capacitación del personal encargado de la asistencia para reconocer en los pacientes con demencia a individuos que tienen necesidades emocionales, psicológicas, físicas y ocupacionales como cualquier otra perso-

na. El deterioro cognitivo, desde esta perspectiva, es sólo un elemento más a tener en cuenta.

Agregaremos, para terminar, algunas de las intervenciones –que podríamos calificar de generales– recomendadas por la *International Psychogeriatric Association* (13). Aclaramos que no es una mera transcripción, sino que tomaremos las mismas como base para adaptarlas al contexto sobre el que pretendemos profundizar: la institución geriátrica.

*Intervenciones ambientales:* 1) *Físicas:* luces tenues, paredes pintadas con colores suaves, ambientes no sobrecargados, evitar cambios (de habitación, de mesa, de asistentes, cuidadores, profesionales), timbres y teléfonos con volumen atenuado, camas bajas, promover la exposición de luces brillantes (luz solar), evitar la contención física. 2) *Temporales:* realizar actividades diarias de forma previsible y rutinaria; mantener horarios fijos de comida, sueño y despertar.

*Intervenciones sobre déficit sensoriales:* es importante mantener el cuidado y control oftalmológico y a nivel auditivo (tapón de cera y uso de audífono).

*Intervenciones conductuales:* se trata de adaptar la conducta del paciente al ambiente y otras oportunidades, el ambiente a la conducta del paciente. Este punto nos sirve de partida para desarrollar lo relacionado con la “Aproximación psicosocial” porque sin dudas se debe individualizar las medidas para cada paciente. Dentro de los síntomas más comunes se encuentra el *vagabundeo* (*Wandering*) (14), “¿el paciente está desorientado, aburrido, buscando algún lugar o persona?”. El mismo puede ser permitido siempre y cuando no comprometa su seguridad. Para esto es necesario contar con un calzado cómodo y un ambiente propicio (amplios y sin obstáculos). Puede ser útil situarlo en una situación conocida; por ejemplo para un residente abogado fueron útiles frases como: “Lo acompaño a su escritorio”, “Lo esperan para firmar unos papeles”. También es importante que la habitación tenga el nombre visible a la entrada.

Otra situación frecuente y que genera malestar son las *conductas sexuales inapropiadas*. Ante esto es fundamental no reaccionar de manera desmedida usando un tono imperativo y de reto. Al contrario, se debe mantener una actitud calma y evitar la confrontación. Hay que utilizar maniobras distractoras y en algunos casos es conveniente cambiarlo de sitio.

No vamos a negar la importancia que puede tener cada una de las intervenciones que citamos. ¿Pero a qué podríamos atribuir el éxito o no de cada una?, ¿por qué usar una y no la otra? Si seguimos la línea que proponen los diferentes artículos diremos que “se vio” que tal intervención fue o no efectiva en un grupo determinado de pacientes. Esto, sin duda, nos puede crear la “falsa” seguridad acerca de que determinado síntoma conductual se trata con determinada intervención. Por otro lado, debemos tener en cuenta que todas las actividades referidas tienen una duración que puede variar entre 45 minutos y una hora. ¿Cuál es la “vida media” de la actividad o de la intervención?, ¿puede resultarnos de utilidad en una institución geriátrica?

## La aproximación psicosocial

Llevar a cabo una determinada “intervención” no constituye de por sí una “aproximación psicosocial” si no se consideran ciertos aspectos que veremos a continuación.

Según Cohen-Mansfield, las causas de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias se clasificarían sobre la base de los siguientes modelos teóricos (15):

1. Las “necesidades insatisfechas”. Pacientes con deterioro cognitivo avanzado, algo frecuente en las instituciones geriátricas, son incapaces de expresarse. Situación que puede traducirse en la práctica a partir de perseveraciones, preguntas repetidas e incesantes, quejidos, gritos, agresividad.

2. Un modelo conductual de aprendizaje. En pocas palabras, hay una conducta “inapropiada” que se refuerza a partir de la obtención de un resultado por parte del paciente, como sería el hecho de recibir –a partir de dicha conducta– la asistencia médica, del cuidador, de enfermería, incluso la visita o mayor presencia familiar.

3. Un modelo de vulnerabilidad ambiental. Los pacientes con demencia son sensibles y propensos a descompensarse ante cualquier cambio: del ambiente (habitación, lugar en el comedor, compañero de mesa), de la persona que lo asiste, del profesional, de un horario, etc.

4. A causa de la evolución de la demencia.

Estos modelos –cuyo desarrollo más extenso excede el objetivo de este trabajo– nos permiten ubicarnos al momento de llevar a cabo la semiología correspondiente. En este punto deberemos profundizar sobre el patrón con el cual se presentan; es decir, su frecuencia y probables desencadenantes, que no serían –en particular– los mencionados, sino específicamente los referidos a la singularidad del paciente desde la mirada que puede dar uno u otro modelo teórico. De la misma manera, nos permitirá cumplir con el objetivo que nos planteamos desde el principio: llevar a cabo una aproximación psicosocial del problema/síntoma y realizar a partir de ahí intervenciones a la medida del paciente.

Debido a la naturaleza compleja y desafiante que nos plantea la demencia y dentro de esta los síntomas conductuales, el tratamiento y manejo de los pacientes deben ir más allá –como dijimos– del abordaje farmacológico. En esta línea, la aproximación psicosocial tiene como objetivo permitir el diseño de intervenciones específicas para aliviar la carga y el estrés de cuidar, aspectos esenciales para los encargados del acompañamiento y asistencia del paciente con demencia en las instituciones geriátricas, debido a que es un ámbito en el cual generalmente residen personas con un deterioro cognitivo avanzado; lo que a su vez se asocia con un aumento de las conductas agresivas y mayor probabilidad de depresión (16).

## Las intervenciones psicosociales: ejemplos

Llegados a este punto, las intervenciones deben ser diseñadas en forma individual (para el paciente) y de

manera interdisciplinaria; es decir, compartiendo los enfoques que brindan los diferentes integrantes del equipo: el personal de enfermería, psicólogo, asistente social y médico (17).

Es necesario llevar a cabo un trabajo biográfico. Para cumplir con este objetivo deberemos generar un “espacio” en el cual se puedan provocar modificaciones subjetivas en los pacientes/residentes. La “entrevista” es una intervención necesaria que no sólo genera un apoyo afectivo, sino que además posibilita la integración de un residente a la institución y estimula las fortalezas y habilidades que mantiene el anciano. Por este motivo, es necesario escuchar su percepción y el relato en primera persona sobre lo que le acontece (18). Tomaremos conocimiento –a partir de la entrevista con sus allegados– sobre el lugar que ocupaba el anciano en el núcleo familiar, o si no lo tiene. También lo referido a la historia social, sus gustos, ocupación, hijos, percepción del apoyo social, estado emocional. Conocer estos aspectos nos permitirá conocerlo en su singularidad y anticipar probables situaciones que podrían constituir el/los desencadenante/s de una descompensación. En otros casos, cuando existe una disminución de la habilidad para comunicarse, la “observación” se torna esencial a fin de “traducir” el lenguaje no verbal (postura, expresión facial, movimientos, rigidez, gemidos, suspiros, frente arrugada, semblante, gestos, cambios de hábitos). En este caso se torna esencial la comunicación fluida con el personal encargado de asistirlo. El trabajo será comprender cuál es la razón que se “oculta” detrás de esa conducta, en consonancia con lo expresado por Naomi Feil.

En este punto es habitual escuchar que una parte del tratamiento consiste en la “educación de los cuidadores”. La recomendación es “enseñar técnicas” para minimizar los problemas de comportamiento (19, 20). Consideramos, siguiendo la tesis que seguimos, que la “educación” debe ser dirigida a todo el equipo para el paciente en particular. No hay nadie que desde su saber pueda dar cuenta de todos los aspectos que reviste la complejidad del tratamiento del paciente con demencia que presenta BPSD. Cada uno, desde su lugar, tiene un aporte que, ante una situación determinada, puede constituir “la solución”.

La aproximación psicosocial desafía a los miembros del equipo e incluso investigadores para desarrollar intervenciones nuevas y creativas (21). Las mismas constituyen una parte esencial del tratamiento y deben utilizarse siempre, dejando la prescripción del psicofármaco para aquellas situaciones en las cuales estas medidas resultaran insuficientes.

### Ejemplo 1: la sobreviviente

La Sra. L., de 86 años, ingresa a la institución luego de sufrir una fractura de cadera. Su ingreso se encuentra marcado con una fuerte identidad hacia la misma por ser sobreviviente del Holocausto. Si bien presentaba alteraciones cognitivas, conservaba su capacidad de comunicarse. Todas sus conversaciones se encontraban teñidas por sus vivencias. Por este motivo se inicia un abordaje

psicoterapéutico, pero a medida que el deterioro cognitivo avanzó no pudo sostenerla, no tenía ni la capacidad ni –según sus palabras *la ganas*– la voluntad. A partir de ese momento se comienza a subjetivarla desde las intervenciones conductuales: el personal de enfermería no ingresaba de noche a su habitación porque se despertaba muy agitada: la situación la remitía a la guerra. Por este motivo se contempló que sus compañeras de habitación no necesitaran cambio de pañal durante la noche.

Las situaciones de intimidad, en las cuales la paciente se “sentía” expuesta, generaban “reacciones catastróficas” con las consecuentes quejas por parte del personal. En este contexto se trabajó con el objetivo de favorecer la intimidad: se procuró que fuera asistida siempre por la misma persona (mujer), que lo lleve a cabo con calma y de forma respetuosa, explicándole cada una de las cosas que iba a realizar y que cuente con todos los elementos necesarios antes de comenzar a asistirlo.

Ante frases de tono imperativo del estilo “Te vas a quedar acá hasta que...”, “Ahora te va a ver el...”, se producían episodios de agresividad (verbal y/o física). Como intervención se acordó: el uso de un tono de voz calmado y reasegurador; evitar la confrontación y no intentar convencerla de que estaba equivocada; utilizar ante estas situaciones maniobras distractoras, y no responder de manera agresiva.

Otra línea de trabajo se centró en la familia. Sobre todo en la aceptación por parte de sus hijos de la enfermedad de la madre con el objetivo de tramitar el duelo por el referente perdido.

### Ejemplo 2: el nieto

La Sra. C., residente en una institución geriátrica, presentaba un síndrome demencial avanzado. En ese contexto manifestaba sentirse angustiada debido a que “le habían sacado a su nieto” mientras ella dormía sentada. Ante esta situación se intentaron maniobras distractoras, pero no resultaron eficaces. La angustia no solo no cesaba, sino que se incrementaba.

Se ensayó otra intervención que tomó como punto de partida la circunstancia que la angustiaba: se le explicó que, efectivamente, se le había sacado el nieto porque, al haberse quedado dormida, se corría el riesgo de que se cayera, y que, por ser el horario de la mañana, se encontraba en la guardería. Esta estrategia tuvo un buen resultado a partir de que fue llevada a cabo por una asistente con la cual tenía un vínculo de confianza. La aclaración cabe debido a que en otra oportunidad similar no tuvo el mismo efecto cuando se lo dijo alguien que –según la paciente– no la conocía.

### Ejemplo 3: hotel de lujo

El Sr. A., de 87 años, residente de una institución geriátrica, presentaba un síndrome demencial avanzado. Pertenece a un nivel socioeconómico alto. Se destacaba en este contexto unos rasgos de personalidad premórbitos de características narcisistas.

En su dinámica en la institución se destacó desde el

inicio lo que impresionaba “una idea delirante que la estabilizaba”. La misma consistía en manifestar que se encontraba en un hotel de lujo, donde los asistentes eran las mucamas y el acompañante terapéutico, el conserje. A partir de esta ideación se adaptó sin inconvenientes: es el lugar en el que quiere estar, un hotel.

En general se sostuvo esta propuesta, al punto de que un cambio de habitación constituyó un cambio de departamento.

### Para finalizar

Estos ejemplos resumen lo que consideramos un tratamiento a partir de una aproximación psicosocial del paciente. Un abordaje que permite generar intervenciones a la medida, que contemplan su singularidad y

complejidad. Queremos resaltar que el sólo hecho de indicar una intervención específica dirigida a atenuar un síntoma sin tener en cuenta las diferentes variables que expusimos a partir de la propuesta de un *Trabajo biográfico*, podría ser equivalente a pensar que a un paciente deprimido simplemente se le indica un antidepresivo. Las intervenciones incluyen la gestión de la salud física, los síntomas psiquiátricos, factores ambientales (22), así como la “narrativa”, personalidad (de paciente y de los encargados de la asistencia (23)), y el contexto (institucional y familiar).

Por último, el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos es interdisciplinario. La aproximación psicosocial ofrece la posibilidad de aliviar el sufrimiento, reducir la carga, el malestar y la angustia que pueden generar los pacientes con demencia ■

### Referencias bibliográficas

- van der Linde RM, Dening T, Matthews FE, Brayne C. Grouping of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014 Jun;29(6):562-8.
- Szulik J. Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias. Nuevas líneas de investigación. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2001, Vol XII: 107-118.
- Ballard C., Corbett A., Chitramohan R., Aarsland D. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Current Opinion in Psychiatry* 2009, 22:532-540.
- Steele C., Rovner B., Chase G., Folstein, M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry* 1990, 147: 1049-1051.
- Health Quality Ontario. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2008;8(4):1-98.
- Khan F, Curtice M. Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *Br J Community Nurs* 2011 Sep;16(9):441-9.
- Omelan C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician* 2006 Feb;52:191-9.
- Tripathi M, Vibha D. An approach to and the rationale for the pharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ann Indian Acad Neurol* 2010 Dec;13(Suppl 2):S94-8.
- Churchill M, Safaoui J, McCabe B, Baun M. Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1999 Apr;37(4):16-22.
- Testad I, Corbett A, Aarsland D, Lexow KO, Fossey J, Woods B, Ballard C. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014 Jul;26(7):1083-98.
- Gerdner LA. Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol. *World J Psychiatry* 2012 Apr 22;2(2):26-32.
- Raglio A, Filippi S, Bellandi D, Stramba-Badiale M. Global music approach to persons with dementia: evidence and practice. *Clin Interv Aging* 2014 Oct 6;9:1669-76.
- Module 5. Non-pharmacological treatments. Incluido en: The IPA Complete Guides to Behavioral and psychological Symptoms of Dementia. Disponible en: [http://www.bsa.ualberta.ca/sites/default/files/\\_\\_\\_IPA\\_BPSD\\_Specialists\\_Guide\\_Online.pdf](http://www.bsa.ualberta.ca/sites/default/files/___IPA_BPSD_Specialists_Guide_Online.pdf)
- Cipriani G, Lucetti C, Nuti A, Danti S. Wandering and dementia. *Psychogeriatrics* 2014 Jun;14(2):135-42.
- Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviours in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001. Fall;9(4):361-81.
- Margari F, Sicolo M, Spinelli L, Mastroianni F, Pastore A, Craig F, Petruzzelli MG. Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012;8:347-53.
- Pestana LC, Caldas CP. Nursing care for the aged with dementia and with behavioral symptoms. *Rev Bras Enferm* 2009 Jul-Aug;62(4):583-7.
- Ericsson I, Kjellström S, Hellström I. Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia (London)* 2013 Jan;12(1):63-79.
- Hersch EC, Falzgraf S. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Interv Aging* 2007;2(4):611-21.
- Sink K, Holden K, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. *JAMA* 2005;293:596-608.
- Mintzer J, F Mirski D, S Hoernig K. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a practicing psychiatrist's viewpoint. *Dialogues Clin Neurosci* 2000 Jun;2(2):139-55.
- Kozman M, Wattis J, Curran S. Pharmacological management of behavioral and psychological disturbance in dementia. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2006;21:1-12.
- Melo G, Maroco J, de Mendonça A. Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011 Dec;26(12):1275-82.



# El erotismo de las personas con demencias en las residencias para adultos mayores

**Ricardo Iacub**

*Lic. y Dr. en Psicología por la Universidad de Buenos Aires.  
Profesor Asociado a cargo de la materia Psicología de la 3ra edad y vejez,  
Facultad de Psicología, UBA.  
E-mail: ricardoiacub@gmail.com*

**Rosa Rodríguez**

*Lic. en Psicología Educacional, Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).  
Egresada de la Maestría de Salud Mental en Poblaciones, Universidad Peruana Cayetano Heredia.  
Docente ATP, Pontificia Universidad Católica del Perú y Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.*

## Introducción

La perspectiva gerontológica crítica analiza de qué modo una determinada sociedad construye, a través de relatos hegemónicos, significados y prácticas sociales relativos a los criterios de envejecimiento y vejez. En este caso se abordarán los modos en que las Residencias para Adultos Mayores (en adelante RAM) otorgan un espacio posible al erotismo de sus residentes y en particular hacia las personas con demencias.

El análisis crítico sobre esta cuestión implica visualizar los cambios que han ido emergiendo en las últimas décadas en la caracterización del residente de estas instituciones, así como también requiere de un análisis acerca de las creencias expresadas sobre el erotismo, la

vejez y las demencias<sup>1</sup>. De todos modos este análisis, se encuentra en una dinámica de relatos que movilizan representaciones, ideologías y prácticas sociales, relativo a la comunidad de significados donde se lee esta problemática, y que inciden en el fenómeno más micro que se pretende analizar.

Hablar del erotismo permite dar cuenta de las expresiones de goce más allá de las “normalizaciones” que produce una sociedad sobre el deseo humano y de las capacidades o recursos físicos o funcionales que un sujeto posea (1).

Las cuestiones que indagaremos en relación con el erotismo tienen dos objetivos. Por un lado romper con

---

## Resumen

El objetivo de este artículo es presentar los modelos desde donde las Residencias para Adultos Mayores organizan el erotismo de sus residentes, particularmente hacia aquellos que padecen demencias. Se presentarán los modelos institucionales y las perspectivas teóricas sobre el erotismo en las demencias para situar las posibles intervenciones de las residencias con esta población.

**Palabras claves:** Residencias para adultos mayores - Personas con demencias - Modelos e intervenciones institucionales.

THE EROTICISM OF PERSONS WITH DEMENTIA IN NURSING HOMES FOR THE ELDERLY

## Abstract

The objective of this paper is to present the models used by the Residences for Elderly People to organize the eroticism of their residents, especially for people with dementia. It will be shown the different institutional models and their theoretical perspectives over the eroticism of demented people to define the possible interventions with these people.

**Key words:** Residences for elderly people - People with dementia - Institutional models and interventions.

---

<sup>1</sup> El objetivo no es hacer equivaler la vejez con las demencias sino destacar un tipo de residente de las RAM que es el adulto mayor con demencia.

el código académico acerca de lo “apropiado o inapropiado” en el erotismo de las personas con demencias y proponer otro que contemple su deseo y busque evitar la violencia y el abuso. Por el otro llama a arbitrar los medios que permitan el acceso a los placeres, particularmente dentro de las RAM, buscando con ello obtener una mejor calidad de vida.

En un derrotero similar, durante muchos años a los adultos mayores se les había limitado el acceso al deseo desde muy diversas argumentaciones y prácticas sociales (1) y aún hoy sigue siendo un tema de discusión en las RAM. Sin embargo de ser un tema marginal pasó a tomar un espacio de mayor relevancia, provocando incluso cierto margen de curiosidad positiva dentro de nuestra cultura. Este decurso no resultó equivalente en las personas mayores con demencias, donde la impresión de rechazo y la demanda de control siguen vigentes.

Este análisis busca considerar de qué maneras y desde qué argumentaciones puede una institución como las RAM, abrir el mayor espacio de libertad para el erotismo en los residentes con demencias. Para ello el análisis de casos habilitará alternativas basadas en nuevas consideraciones acerca de lo apropiado para estos sujetos.

### ¿Hay una erótica de la demencia?

Bauman considera a la erótica como el procesamiento cultural del sexo (2). Su función radica en determinar la legitimidad de ciertas variantes del deseo, en determinadas situaciones y sujetos, en condiciones que resultan dinámicas en el tiempo y las culturas (1).

Las demencias toman su nombre del griego *desmentis* o desmentalización, lo que supone una pérdida de la mente, o de la capacidad de mentalización. Esta concepción de la patología tuvo consecuencias muy precisas en la historia de Occidente dando lugar a representaciones y prácticas donde fueron tomados como “cuerpos sin identidad”. No pudiendo forjar una mirada más amplia y diversa sobre los múltiples aspectos de lo “humano”.

Esta lectura ha contribuido a desconocer el erotismo de las personas con demencias ya que esta cultura niega aquellos goces que aparezcan desligados de valores culturales que le den un sentido moral a este accionar.

El erotismo en las personas con demencias parece contradecir ciertos parámetros de normalización o de lo que se considera “propio” en el ámbito de la moral actual. Por esta razón la psiquiatría calificó estos cambios como “conductas sexuales inapropiadas” (3).

El concepto de “conducta sexual inapropiada” ha sido criticado por su amplitud y confusión de significados que van desde los aspectos compulsivos, adictivos, desinhibidos o aberrantes (4).

Más allá de las modificaciones que se manifiestan en la expresión del erotismo y del cambio que puede producir con respecto al estilo que una persona mantuvo a lo largo de su vida, podemos pensar que hablar de lo “inapropiado” genera una lectura moral restrictiva a un tipo exclusivo de goce.

Lo “propio” no debería situarse en relación a un tipo de norma general sino que, aceptando la diversidad de

goces existentes, debería incluir otros usos de los placeres. Sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones cognitivas que afectan la capacidad de discernimiento del sujeto, la noción de diversidad encuentra un límite y la comunidad es llamada a regular ciertos aspectos del erotismo. Por ello, en esta nueva lectura sobre las personas con demencias, resulta necesario, más que hablar de criterios normalizadores, considerar aquellas conductas que puedan resultar violentas o abusivas, tanto física como psicológicamente, hacia las personas con demencias o de éstas hacia los demás.

Uno de los grandes desafíos es poder establecer medidas más sutiles que puedan dar cuenta de los límites y las posibilidades en la decisión de estos sujetos, buscando con ello que el encuentro sensual siga siendo una satisfactoria posibilidad para sus vidas, como parte de su bienestar y del ejercicio de sus derechos.

### Breve historia de las RAM

Las RAM nacen como respuesta a una necesidad social propia del siglo XIX, denominándolas Hogares de Ancianos, momento en el cual se comienza a registrar un fuerte incremento demográfico de las personas mayores y un notorio poder de la medicina por sobre otras interpretaciones de la vejez. Estas condiciones producen una diferenciación dentro de la sociedad de este conjunto poblacional, particularmente asociadas a una lectura medicalizada de los mismos (1, 5, 6). De esta manera se conforma una nueva sensibilidad hacia este grupo etario, donde el cuidado y la protección se convierten en referentes específicos del modo en que una sociedad se relaciona y toma control sobre estos sujetos.

En los Hogares de Ancianos se retoma la idea agustina del retiro en la vejez, ya no de un modo exclusivamente religioso, sino hacia un mayor descompromiso social y con una visión de protección psicofísica de este tipo particular de pacientes, hoy denominados residentes.

La ética respondía a una moral de cuidado y de compasión en la que el sujeto carecía de recursos para manejar su propia vida y debía tomarlos de la institución. Por todo esto los espacios asilares se ubicaban alejados del conjunto de la sociedad, con normas rígidas que organizaban el espacio vital y que se sostenían en una razón de salud física y mental.

En este contexto la sexualidad podía ser considerada como un riesgo sanitario tanto a nivel personal como comunitario. Por esta razón, estas instituciones creían necesario limitar cualquier situación de este orden buscando con ello evitar riesgos a nivel de la salud, ya sea por la suposición de que una relación sexual podría ser peligrosa o podría conllevar el riesgo de accidentes.

En la actualidad surge una particular tensión entre lecturas altamente disimiles acerca de la vejez y de la función de las RAM, lo que pone en duda los objetivos explícitos e implícitos presupuestos históricamente. Sin embargo las legislaciones que regulan estas instituciones y las prácticas que allí se desarrollan aún tienen objetivos confusos. No se precisa si cura, asila u hospeda, lo

cual impide definir los objetivos y las modalidades específicas que deberían tener estas instituciones.

El sesgo asilar perdura, y provoca que la disciplina que caracterizaba y daba a estas instituciones una función social de custodia y cuidado, se haya convertido en un mecanismo de control de las patologías de "la vejez", lo cual aparece como el justificativo más reconocido socialmente.

Todas estas representaciones determinan que los límites sean poco claros a la hora de determinar los niveles de autonomía de los viejos, lo que redundaría en un trato colectivo que expolia la privacidad de las vivencias íntimas, entre las que se encuentra el amplio repertorio de lo sexual (7). Esto ha llevado a la falta de reconocimiento de los derechos sexuales dentro de una institución (8) que se expresan en la separación del lecho matrimonial y la aplicación de sedantes ante las emergencias de deseos sexuales (8); la carencia de estimulación sensorial y el rechazo a los derechos del amor en los pacientes (9); la alta valoración de la seguridad en detrimento de la intimidad (1); la falta de conocimiento en el propio personal y la creencia acerca del peligro que puede entrañar, creencias y prácticas (1) que dan como resultado que en términos generales el erotismo sigue siendo desaprobado y visto como problemático o anormal (10).

La fuerte influencia de los conocimientos gerontológicos ha generado debates acerca de esta problemática. Sin embargo, las RAM cuentan con experiencias altamente variables en relación a este tópico. En términos generales, más allá de que existe un discurso más libertario, aún hoy no se ha desarrollado un control posibilitador o habilitante hacia los adultos mayores y mucho menos con demencias.

Cuando focalizamos en las personas que residen en estas instituciones con demencias sigue apareciendo un relato hegemónico que clama por la represión sexual por muy diversos motivos, más o menos explícitos. Por un lado, el ejercicio del erotismo aparece como vergonzante o inadecuado, con cierto rechazo estético y moral; y por el otro, se considera que al no ser capaz de decidir sobre esta temática, debería limitarse todo deseo, siendo más visible la reprobación cuando se conforma una pareja en la institución, concurriendo la familia como parte de este discurso represivo, particularmente si es una mujer.

En nuestra sociedad se encuentran limitaciones para la expresión del erotismo en personas con demencias, así como para comprender y habilitar los cambios que pueden surgir en la expresión del deseo, lo cual influye en las posibles intervenciones institucionales frente a esta situación.

### **Los cambios en el goce erótico**

Desde las primeras alteraciones conductuales que se manifiestan en las personas con deterioro cognitivo leve comienzan a disminuir los encuentros íntimos, así como las expresiones de afecto (11).

Las parejas refieren sentimientos de impresión y rechazo a la hora de realizar prácticas eróticas, ya que

no encuentran en esa persona a la misma que había sido, dando cuenta de la extrañeza percibida. Así como también se generan dudas sobre la conveniencia del deseo sexual en personas con sus capacidades mermaidas (12, 13).

En el desarrollo de las demencias es probable que aparezcan cambios que afectan los impulsos sexuales y su forma de satisfacerlos. Muchos de los mitos sobre las personas con demencias las mostraban como hipererotizadas, lo cual no es necesariamente cierto.

Algunas demencias, como la de tipo vascular, frontotemporal o de Parkinson, pueden manifestar más tempranamente fenómenos de desinhibición conductual que inciden sobre lo sexual. Mientras que en la Demencia Tipo Alzheimer los cambios suelen ser más tardíos y sigue habiendo una búsqueda de un acto sexual. Sin embargo, en términos de tiempo más amplios, no hay evidencia de que haya más o menos efectos a largo plazo en una demencia sobre otra (14).

Se observan deterioros en la función eréctil, así como trastornos en el deseo y falta de lubricación durante la excitación, en un porcentaje mayor que en los grupos de igual edad sin patología. Sin embargo no resultan claros los motivos biológicos que den cuenta de esta alteración (15). No obstante, la capacidad de sentir placer sexual se mantiene de modos muy diversos y se expresan de maneras amplias, dependiendo en alguna medida de sus posibilidades concretas, de su historia de goces y del transcurso de la patología.

La depresión que habitualmente suele presentarse en los primeros estadios de las demencias impacta en la baja del deseo sexual. Sin embargo la inhibición del erotismo coexiste con conductas agresivas o excesivamente demandantes, relativas a vivencias de la confusión y malestar que produce la pérdida de memoria y el probable diagnóstico de algún tipo de demencia (13).

En etapas más tardías la falta de límites y de controles cognitivos puede llevar a que las actividades de cuidado que se ejercen sobre ellos, como las tareas de higiene, pueda ser malinterpretada por algunos pacientes. Por ejemplo, las fallas a nivel del reconocimiento pueden generar que se confunda a la persona con quien interactúa, como el cuidador o enfermero, con su cónyuge, buscando iniciar algún tipo de actividad sexual con esta (16, 17).

Los niveles de ansiedad provocados por la falta de movimiento o por preocupaciones pueden predisponer a actitudes sexuales donde resulte poco claro cuál es el objetivo que lleva a dicho accionar.

El erotismo no implica solamente prácticas de goce sino que también aparecen asociados con encuentros con los otros, que manifiestan la importancia del apego al otro. Ballard en este sentido, sostiene que muchas de las expresiones eróticas de las personas con demencias deberían ser comprendidas en el marco de esa situación vital (18). La confusión, la agitación, la angustia y el miedo que sienten por considerarse perdidos, o sin control de su realidad, suelen llevar a demandas de afecto que pueden ser entendidas primariamente como sexuales. Aferrarse a los otros, tocar, besar o

masturbarse públicamente puede significar un volver más familiar y conocido su contexto, es decir, buscar seguridad y apoyo.

Robinson considera que la actividad sexual puede tener como objetivo mejorar una deteriorada condición de la autoestima (19) y Flores Colombino señala que el acto sexual, en los casos de demencia, produce un efecto tranquilizante y refuerza la autoestima (15).

### Propuestas de intervención

Es importante que la familia, los cuidadores formales o la institución puedan comprender la dimensión que tiene el erotismo para desde allí plantear alternativas viables.

La importancia de una psicoeducación en relación con esta temática dentro de las RAM es de gran valor ya que esta situación puede dar lugar a malos tratos, mayor cantidad de medicalización y a muestras de rechazo e incomprensión. A su vez provoca un altísimo estrés en los cuidadores, quienes muchas veces no saben qué deben hacer o cuáles serían las respuestas más indicadas (20). Es importante además tomar en cuenta la variable de género, ya que estudios señalan que hay más incidentes relacionados con la sexualidad en varones que padecen demencia que en mujeres con esta misma enfermedad; y son más las cuidadoras que los cuidadores, quienes no se encuentran capacitadas para afrontar estas situaciones (21).

Si partimos de que las expresiones de erotismo son positivas y que buena parte de las manifestaciones no son perversas ni violentas en sí mismas, sino modos de demostración de afectos valiosos, que no siempre encuentran el objeto ni el ámbito adecuado en nuestro espacio social, entonces esto debe conducir a poder acompañar estas búsquedas sin que se vuelvan inadecuadas. Es importante también saber distinguir en qué persona algunas actividades, o el vacío de las mismas, pueden detonar actitudes que no resulten estimulantes o que puedan sobre estimularlos. De esta manera hallamos cómo ciertos contextos pueden promover cierto nivel de descontrol que dé lugar a actitudes de violencia o abuso, pero así también como los contextos pueden favorecer contactos que permitan el goce personal o el encuentro entre los mismos.

Una manera de analizar el erotismo en las personas con demencias es través de estudios de casos, tal como lo plantean Ehrenfeld y Tabak (22), de ese modo la observación de cada caso permitirá conocer los diferentes aspectos de la problemática que se presente y las distintas formas de aproximación e intervención.

#### Caso 1

El Hogar Judío de Ancianos de Riverdale (EE.UU.) se convirtió en uno de los ejemplos más extendidos sobre la libertad sexual, primero en los adultos mayores, y luego con aquellos que padecían de demencias. Como resultado del cambio se grabó un video denominado "*Libertad de la expresión sexual: Demencia y Derechos de los Residentes en las instituciones de larga estadía*" que tuvo

como objetivo la psicoeducación sexual. El mismo detalla y explicita el entrenamiento para darles ayuda extra a los miembros del equipo técnico profesional que deben lidiar con situaciones que involucran a residentes con deterioro de las capacidades mentales.

Este video presenta escenas de personas con demencias entre las que se encontraban dos mujeres en una relación sexual, una pareja en el cual uno de los miembros no consiente con la misma y un hombre masturbándose en público. En el primer caso enseñaban a dejar a las mujeres a solas, en el segundo separaban a la pareja, gentil pero forzosamente; y en el último llevaban a que lo realice en su propia habitación.

Se estableció como límite las relaciones con menores, los actos en lugares públicos, las relaciones con personas con una seria declinación de sus facultades mentales y aquellos actos que no fuesen consentidos por ambos. Algunas dificultades surgieron en este cambio institucional. Por un lado aun cuando había una mayor prevalencia de personas con demencias, no todos padecían estas patologías o se encontraban en el mismo estadio. Las dificultades aparecían cuando se generaban parejas entre personas con diversos niveles de capacidad cognitiva que ponían en duda los niveles de consentimiento; o cuando las familias muchas veces no consentían el armado de parejas o las relaciones sexuales con otras personas, interfiriendo en su posibilidad.

#### Caso 2

En una residencia municipal una mujer mayor con Demencia tipo Alzheimer relata que tiene muchos novios dentro de la institución lo que le provoca alegría, un sentido de compañía y orgullo como mujer. Sin embargo esta situación produce molestias en la RAM ya que las autoridades no saben si esto es legítimo y si no deberían cuidar de esta persona negándole estos encuentros sexuales con otros residentes. Por esta razón dichos encuentros suceden en el ocultamiento ya que se considera que esto no es factible. En algunas ocasiones por la falta de uso de lubricantes las relaciones sexuales generaron molestias o lastimaduras relativas al acto sexual que llevaron a una mayor conducta represiva, lo que produjo tristeza y llanto en la mujer, llegando a preocupar al personal. La situación parecía agravarse en la toma de decisiones ya que no había familiares que pudiesen decidir sobre esta situación.

Finalmente se cambió el eje de análisis invitando a las parejas sexuales de esta mujer, que no eran personas con demencia, para explicarles la situación acerca de cómo cuidar a esta persona. Proponiéndoles un compromiso asociado a la psicoeducación de los *partenaires* sexuales. La situación provocó una mayor conciencia y preocupación no solo por el cuidado físico sino también cariñoso en algunos de sus *partenaires* mientras que en otros generó un rechazo hacia cualquier relación con esta mujer.

#### Conclusión

En las últimas décadas se ha generado un movimiento que piensa a la enfermedad desde los sujetos que la

padecen, promoviendo con ello un trato humanizado y centrado en la persona y que genera al mismo tiempo mayor calidad de vida y satisfacción en los profesionales y en las familias. Evidentemente la cuestión del erotismo no escapa a esta lógica, dado que hablar del erotismo permite dar cuenta de las expresiones de goce más allá de una moral restrictiva de la sociedad sobre el deseo humano, que incluye la diversidad de capacidades o recursos físicos o funcionales que un sujeto posea.

Resulta llamativo el escaso número de investigaciones sobre el erotismo en las personas con demencias, particularmente cuando se trata de describir los aspectos positivos de esta problemática, en tanto sigue habiendo una capacidad de goce disponible.

Probablemente la cuestión central sea preguntarnos hasta qué punto la pérdida de capacidades cognitivas debe llevarnos a limitar necesidades y deseos tan básicos

en un ser humano y que redunden, en buena parte de los casos, en vivencias positivas. Así como también todos aquellos que se encuentren involucrados en la atención a estas personas deben poder cuestionarse de qué manera se arbitran los límites ante dichas prácticas, teniendo en cuenta que sus limitaciones cognitivas puede convertirlos en personas vulnerables frente a situaciones de abuso y violencia.

El enfoque centrado sobre la persona con demencia debe tratar de indagar todos aquellos aspectos que mejoren su calidad de vida, entre los cuales el erotismo seguramente es un aspecto relevante y donde el rol de las RAM sea el de habilitar el derecho propio a la manifestación del erotismo y de la sexualidad, regulando a través de un control habilitante, que proteja y que permita una buena calidad de vida a los residentes que padecen de demencia ■

## Referencias bibliográficas

- Iacub R. (2006) *Erótica y Vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós.
- Bauman Z. (1999) "On Postmodern Uses of Sex". En: Featherstone, Mike (comp.) *Love and Eroticism*, Sage Publications London -Thousand Oaks- New Delhi, Oxford.
- Zeiss A.M., Davies H.D. y Tinklenberg J.R. (1996). An observational study of sexual behavior in demented male patients. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 51A(6): M325-M329.
- Fabà J. y Villar F. (2011) Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados (CSI): ¿Qué sabemos y qué necesitamos saber? *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, dezembro: 25-47
- Katz S. (1996). Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge. Virginia: University Press of Virginia.
- Estes C. y Binney E. (1989). The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas. *The Gerontologist* 29 (5): 587-596
- Barenys M. P. (1993). Un Marco Teórico para el Estudio de las Instituciones de Ancianos. *Reis* 64/93: 155-172.
- Fox N. (1980) "Sex in the nursing home? For Lord Sake, why not?", RN, 43 (10)
- Hodson D. y Skeen P. (1994) "Sexuality and aging: The Hamerlock of myths". *The Journal of Applied Gerontology* 13 (3).
- Brown L. (1989) "Is there freedom for our aging populations in long term care institutions?". *Journal of Gerontological Social Work* 13 (3/4)
- Garand L, Dew MA, Urda B, Lingler JH, DeKosky ST, Reynolds CF (2007) III Marital quality in the context of mild cognitive impairment. *Western Journal of Nursing Research*. 9(8):976-992.
- Davies H.D., Zeiss A. y Tinklenberg J.R. (1992). Til death do us part: Intimacy and sexuality in the marriages of Alzheimer's patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(11): 5-10.
- Litz B.T., Zeiss A.M. y Davies H.D. (1990). Sexual concerns of male spouses of female Alzheimer's disease patients. *The Gerontologist*, 30(1): 113-6.
- De Medeiros K., Rosenberg P.B., Baker A.S. y Onyike C.U. (2008). Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(4): 370-7.
- Flores Colombino (1998). La sexualidad en el adulto mayor. Buenos Aires: Lumen.
- Mayers K.S. (2000). Inappropriate social and sexual responses to a female student by male patients with dementia and organic brain disorder. *Sexuality and Disability*, 18(2): 143-7.
- Fabà J., Villar F. (2013). Ganancias asociadas al cuidado de personas con demencia: Adaptación al español de la escala GAIN. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(3), 109-114.
- Ballard E. (1998) "Sexuality, Intimacy, and Meaningful Relationship in the Nursing Facility", Behaviors in Dementia. Best Practices for Successful Management, Kaplan, M. y Hoffman, S. (comps.), Health Professional Press, Baltimore.
- Robinson K.M. (2003). Understanding hypersexuality: A behavioral disorder of dementia. *Home Healthcare Nurse*, 21(1): 43-7.
- Onishi J., Suzuki Y., Umegaki H., Endo H., Kawamura T., Imaizumi M. e Iguchi A. (2006). Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. *International Psychogeriatrics*, 18(1): 75-86.
- Archibald C. (1998) Sexuality, dementia and residential care: manager's report and response. *Health Social Care Community*; 6 (2): 95-101
- Matusevich D., Vairo M.C., Ruiz M. y Piza H. (2006). Sexualidad en las Demencias: Estudio de Casos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XVII (66) Marzo-Abril: 129-135

# Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba: ¿objeto de cuidado o sujetos de derecho?

**Mariana Butinof**

*Médica. Dra. en Medicina y Cirugía. Prof. Cátedra de Epidemiología General y Nutricional (Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba). Coordinadora de programas para adultos mayores de la Secretaría de Extensión Universitaria (SEU). Coordinadora del Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria. SEU - UNC, PAMI, Instituto Mario Negri de Milan.  
E-mail: mbutinof@fcm.unc.edu.ar*

**Ana Karina Guri**

*Lic. en Trabajo Social. Participante proyecto revelamiento de experiencias en salud comunitaria de la provincia de Córdoba. INSSJP (PAMI). Participante Seminario Permanente de Epidemiología Comunitaria, Secretaría de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de Córdoba.*

**Guadalupe Rodríguez**

*Lic. en Psicología. Integrante del Programa para Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión Universitaria. UNC.*

**María Daniela Abraham**

*Lic. en Nutrición. Integrante del Programa para Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión Universitaria. Docente adscripta a la Cátedra de Epidemiología General y Nutricional de la Escuela de Nutrición - Facultad de Ciencias Médicas - UNC.*

**Yanina Vera**

*Estudiante de Letras Modernas. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba. Ayudante alumna extensionista del Programa para Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión Universitaria. UNC.*

**Jesica Gassmann**

*Estudiante de Lic. en Nutrición, Ayudante alumna extensionista del Programa para Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión Universitaria. UNC.*

Argentina se encuentra entre los países de Iberoamérica con mayor envejecimiento poblacional (1), transitando un proceso de transición demográfica avanzada. Adhiriendo a la definición (cronológica) propuesta por Naciones Unidas, se considera adulto/a mayor (en adelante AM) a las personas de 60 años o más, hombres y mujeres (2). Así, en este país la población de adultos mayores representa el 14,27% del total, con una esperanza de vida al nacer de 72,4 años para los hombres y 79,9 años para las mujeres. En la provincia, este segmento de la población alcanza al 16% y aumenta a una tasa superior que el resto (3).

El envejecimiento de la población refleja un logro, en tanto es fruto de los avances científicos, médicos y sociales, y un proceso profundo y multifacético, con repercusiones en la estructura de las familias, en el ocio y la cultura, las economías, en el mercado de trabajo, en la accesibilidad de las ciudades, en los sistemas políticos y en los patrones de consumo, entre otros (4). En América Latina y el Caribe presenta dos características que preocupan: un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados y un contexto caracterizado por la desigualdad, un débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, y una institución familiar muy exigida en materia de seguridad y protección, ya que junto con hacerse cargo de atender las necesidades de las personas de edad avanzada, se está haciendo responsable de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras institu-

ciones sociales como dispositivo de protección y cohesión (5).

Esta etapa de la vida puede ser una etapa de pérdidas o de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales al que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad. Ello remite a considerar la edad junto a otras dimensiones sociales —tales como el género, la clase social o la etnicidad— que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades (6). En Argentina, como en el resto del mundo, el fenómeno de envejecimiento de la población tiene una singular dimensión de género, debido a la mayor longevidad de las mujeres; se ha afirmado que es un proceso mayoritariamente femenino (4).

La tarea iniciada con AM en la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2008 nos ha mostrado que para muchos representa la posibilidad de volver a proyectar el futuro y disfrutar el presente, resistiendo activamente las dificultades que va imponiendo la fragilización del cuerpo con el paso del tiempo y de la vida, y generando estrategias y propuestas para enfrentar, con la intención de transformar, las múltiples discriminaciones y ocultamientos con las que se encuentran en la vida cotidiana. Su presencia nos ha convocado a pensar en quienes no están transitando estos espacios incluyentes, confinados en sitios de los cuales poco se habla. El propósito de este trabajo ha sido acercarnos a la problemática de los adul-

## Resumen

Argentina se encuentra entre los países de Iberoamérica con mayor envejecimiento poblacional, transitando un proceso de transición demográfica avanzada. Los adultos mayores han sido históricamente considerados un grupo vulnerable, al cual cuidar. El propósito de este trabajo es problematizar las concepciones que subyacen al cuidado de los adultos mayores internados en residencias geriátricas en la provincia de Córdoba, y los posibles deslizamientos que ello entraña, desde la perspectiva de derechos humanos. Recurriendo a fuentes documentales secundarias y entrevistas a informantes clave insertos en instituciones geriátricas, se construyó un acercamiento a esta problemática. Se evidenció una concepción predominantemente asilar, centrada en el cuidado del otro en tanto objeto, y una notable ausencia de consideración de los/as adultos mayores en tanto sujetos de derecho, reflejada en múltiples y graves vulneraciones a los derechos, la mayoría de las veces silenciados e invisibilizados. Pareciera que superar tales situaciones requeriría no sólo de revisar vacíos legales, programas vigentes y mejorar los estándares de control, sino también repensar el lugar de los adultos mayores en la sociedad. Independientemente de su edad o de otras diferencias sociales, demandan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

**Palabras claves:** Adultos mayores - Cuidados - Derechos humanos - Geriátricos.

ELDERLY ADULTS IN NURSING HOMES IN THE PROVINCE OF CORDOBA: OBJECTS OF CARE OR LEGAL SUBJECTS?

## Abstract

Argentina is among the Ibero-American countries with the greatest old age population, and is going through a process of advanced demographic transition. Elderly adults have long been considered a vulnerable group in need of care. The purpose of this work was to problematize the conceptions underlying the care given to the elderly in nursing homes, and the possible slides this involves from a human rights stance. An approach to this problem was built up by resorting to secondary documentary sources and interviews with key informants located in institutions for the elderly in the Province of Cordoba. This approach revealed a predominantly asylum-oriented conception centered on caring for others as objects, and a noticeable lack of consideration for the elderly as legal subjects, visible in numerous serious infringements of human rights, mostly silenced and rendered invisible. It seems that to overcome these situations it will be necessary not merely to review legal loopholes and current programs but also to reconsider the place given to the elderly in society. Regardless of their age and other social differences, the elderly require the same opportunities to claim full respect and exercise their human rights and fundamental freedoms.

**Key words:** Elderly adults - Care - Human rights - Nursing homes.

tos mayores viviendo en residencias permanentes para AM, o geriátricos, en la Provincia de Córdoba. Nos preguntamos: ¿Qué pasa con los derechos humanos cuando las/os adultas/os mayores ingresan a vivir en residencias permanentes? ¿Qué concepciones de adulto/a mayor – necesidad de cuidado priman en estas instituciones justificando las prácticas que allí operan? Sin pretender alcanzar respuestas acabadas a estas preguntas, hemos iniciado un recorrido que se expone en las páginas que siguen.

### Adultas/os mayores: ¿sujetos de derecho u objeto de cuidados?

Si bien el área de la seguridad social se ha ocupado de la problemática de la vejez en el siglo XIX, es recién a inicios de la década del 90' que se plantea un cambio de paradigma a nivel internacional en el análisis del envejecimiento y la situación de los adultos mayores, incorporándose paulatinamente la perspectiva de los derechos humanos en su abordaje (7). La misma plantea fundamentalmente el imperativo ético y normativo de considerar a los adultos mayores ya no como un grupo vulnerable que es objeto de protección, sino como titulares de derechos. Así, la atención se ha dirigido a asegurar la integridad y la dignidad, la ampliación de la protección efectiva de sus derechos humanos en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna, así como el fortalecimiento de su autonomía y la ética de la solidaridad (5).

La creación de los Principios de las Naciones Unidas en favor de los AM (8), aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991, constituye un hito, planteando cinco principios para la acción política:

- *Independencia*: incluye el derecho a la alimentación, el agua, la vivienda, el vestuario y la atención sanitaria adecuados. Derechos básicos a los que se añaden la oportunidad de un trabajo remunerado, el acceso a la educación y capacitación, el derecho a vivir en un entorno seguro y adaptable a sus necesidades y residir en su propio domicilio.

- *Participación*: comprende el derecho a la participación activa de los AM en la aplicación de las políticas que incidan directamente en su bienestar, a compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes y a la posibilidad de formar movimientos o asociaciones.

- *Cuidados*: consigna el derecho de los ancianos a beneficiarse de los cuidados de la familia, tener acceso a servicios sanitarios y disfrutar de los derechos humanos.

- *Autorrealización*: establece el derecho de aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial a través del acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

- *Dignidad*: considera el derecho a vivir con dignidad y seguridad, verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, ser tratados con dignidad independientemente de su edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad, situación económica o cualquier otra condición y ser valorados debidamente con prescindencia de su contribución económica.

Ciuro Caldani (9) incorpora otros tres principios, los de: continuidad vital, privacidad y participación. El principio de *continuidad vital* es la manifestación específica del principio de igualdad en la vejez. Exige del derecho un trato igualitario para el AM, de modo tal que el conjunto de su vida –pasada, presente y futura– resulte valorada e incluida en sus instituciones. Desde el principio de *privacidad*, el envejecimiento es un elemento constitutivo del concepto de unicidad de la persona; abre el camino para el sostenimiento jurídico de la autonomía, libertad y la intimidad del AM. El principio de *participación*, hace posible la vida comunitaria; así, el diálogo intergeneracional tendrá lugar en el Derecho, se podrá rescatar la historia y la experiencia, la esperanza y los proyectos de la sociedad en general.

La perspectiva de derechos humanos incorpora la dimensión grupal en la titularidad de derechos colectivos; entiende que la realización que los derechos individuales necesita de los derechos colectivos, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y de sí mismos. Estos derechos están contemplados en una serie de documentos nacionales e internacionales (4); en Argentina el reconocimiento de los derechos de los AM es débil, ya que en su mayoría las normas vigentes abordan cuestiones previsionales y, en el plano jurisprudencial, pocos son los fallos que contemplan la situación de los adultos mayores de manera integral (7). En las constituciones provinciales su abordaje es disímil (10).

La consagración efectiva de los derechos de los AM requiere también medidas políticas de discriminación positiva. En este sentido, se reconoce que hoy en día el asunto no es sólo proporcionarles protección y cuidados sino también asegurar su intervención y participación en la sociedad.

Se torna entonces necesario distinguir si las personas mayores son objeto de protección o sujeto de derecho. La distinción entre objeto y derecho se funda en que el objeto en sí mismo no tiene conciencia del derecho y disfruta pasivamente de la garantía que éste otorga, en tanto que el sujeto es una parte activa en la construcción y ejercicio de los derechos. El enfoque de derechos explicita un reconocimiento de la relación directa existente entre el derecho, el empoderamiento de sus titulares, la obligación correlativa y la garantía, todo lo cual conjuga en una potencialidad que puede actuar como una forma de restablecer equilibrios en el marco de situaciones sociales marcadamente desiguales. Y plantea la necesidad de establecer responsabilidades en este cuidado: ¿Se trata de un problema de índole privada que las familias deben resolver? ¿Se trata de un problema que el Estado debe asumir? En términos de Laura Pautassi "*resulta indispensable analizar el cuidado como obligación y las múltiples implicancias y derivaciones que trae aparejada, entre otras cosas si es una obligación privada o pública y quienes son los sujetos obligados a prestar cuidado*" (11). Se destaca así, según la autora, la importancia de considerar al cuidado como una obligación que se desprende del derecho al cuidado. El derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidarse tiene su correlato en la obligación de cuidar. Implica un conjunto de obligaciones negativas, características



de los derechos económicos sociales y culturales, como no entorpecer los servicios de guarderías infantiles, no impedir el acceso de un adulto mayor al sistema de salud; pero principalmente incluye obligaciones positivas, que se enrolan en proveer los medios para poder cuidar, en garantizar que el cuidado se lleve adelante en condiciones de igualdad y sin discriminación y que no solo se concedan para un grupo reducido –por caso vinculado al empleo asalariado formal– sino que sean garantizados a todos los ciudadanos.

### **La problemática especial de las residencias para adultos mayores: el problema de la libertad, el lugar y el “encierro”**

Las residencias para mayores son definidas como centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor de sesenta años una atención integral (12). Desde la década del '70 se viene produciendo en Argentina una masificación de las residencias gerontológicas, incrementándose año a año el número de adultas/os que las habitan. En la actualidad, 86.441 personas viven en residencias para adultos mayores; el 70,3% corresponde a mujeres (13). En Córdoba, según el censo 2008, son 10.145 personas.

En estas instituciones actualmente convergen diversos paradigmas que, sin embargo, nacen bajo concepciones asilares. Luego, a mediados del siglo XX, algunas incorporan la idea de rehabilitación y, en los '80 se piensan algunas de ellas en términos de promoción de la salud; estas lecturas y paradigmas coexisten actualmente en el accionar de las instituciones (14). Su surgimiento (y existencia) implica dos dimensiones enlazadas entre sí: solucionar determinadas situaciones individuales y, al mismo tiempo, dar respuesta a problemas sociales (15). Las residencias geriátricas se presentan como una alternativa para habitar la ancianidad, se presentan ante los sujetos como sus nuevos “hogares”, se convierten en el espacio en el que los ancianos despliegan su cotidiano. Aun cuando la decisión de vivir en una residencia sea del mismo anciano, los efectos de este vivir traen claras consecuencias, puesto que se ven modificadas no sólo sus rutinas diarias sino también los espacios en los que el sujeto se mueve (13).

El hecho de vivir en una residencia gerontológica y las formas y estructuras organizacionales que se despliegan, ubican a este tipo de instituciones en lo que se denominó *instituciones totales* (16). Entre las consecuencias para sus habitantes, nos detendremos en dos: la reglamentación y el grado de internamiento (17). Respecto de la primera, si bien es necesario en toda institución un mínimo de organización, las residencias gerontológicas (tal como otras instituciones totales) se caracterizan por la presencia de fuertes normativas. Se estipula un horario para dormir, para las comidas (y así también cuál comida para qué día), para recibir visitas, para controles médicos, se les asigna un dormitorio para dormir y, la mayoría de las veces, un compañero de cuarto: en Argentina, el 90% de los ancianos institucionalizados comparten

el dormitorio (4). La ausencia de elección se evidencia también en muchos casos en la decisión de internación, tomada, la mayoría de las veces por los familiares. El AM, en cambio, aparece como un objeto de intervención, quien debe acatar de manera pasiva las decisiones que sobre él se toman bajo la consigna de “cuidarlo” o “mejorar su calidad de vida”. Así, en Argentina el 49% de los ancianos que se encuentran internados, han llegado a esta situación bajo el fundamento de una necesidad de cuidado (4). Cabe nuevamente la preguntar acerca de: ¿qué implica el cuidado en esta etapa de la vida?, ¿hasta qué punto se actúa en razón de ello? Sin desconocer que en algunos casos, existe un nivel de dependencia alto, esto no es generalizable: el 65% de los AM internados en residencias geriátricas no presenta ningún tipo de déficit cognitivo o físico (4).

Se opera entonces un deslizamiento de sentido a través del cual el cuidado de los AM implicaría su institucionalización. Se presenta así el segundo aspecto que interesa abordar: el grado de internación. Asumiendo que el fin de estas instituciones se relaciona con su forma de concebir la vejez (a través de la asistencia, la rehabilitación o la promoción de la salud) (17), la bibliografía existente refleja una fuerte predominancia del modelo asilar. Estas instituciones aparecen como modo de tutelar, controlar, “cuidar” a los AM que allí viven. Este no es un hecho aislado, ya que el adulto mayor (previo al ingreso a la institución) ya se encuentra marginado, es visto de manera negativa (15). Los efectos de la institucionalización traen aparejados situaciones características de las instituciones totales. Así, un elemento característico es la vulneración del derecho a la autonomía del AM. Se encuentra vulnerada también la privacidad del sujeto; en la convivencia con extraños, se expone su intimidad. El trato común e igualitario a todos los residentes, aparece como una violencia institucional (18).

Otro elemento característico de las instituciones totales es la aparición de “adaptaciones secundarias”. Son, citando a Bayer, “*prácticas que nacen allí, a veces contraviniendo el reglamento, a veces «reinterpretándolo», y que permiten a algunos individuos satisfacciones marginales*” (17). Manifestaciones que aparecen de manera aislada e individual, pero que permiten a los sujetos mantener cierto grado de control sobre la situación. Tal generación de una subcultura o contracultura, no se ve con fuerza en las instituciones para AM, lo que podría explicarse por la ausencia de un “proyecto de futuro” entre los internados; aparece en este caso una “desculturalización”. Bajo las condiciones de internación, se disminuye la capacidad de asimilar las transformaciones culturales que suceden fuera de la residencia (14).

### **Aspectos metodológicos**

Para la elaboración de la aproximación a la problemática particular de la Provincia de Córdoba, hemos recurrido a dos estrategias metodológicas, descritas en una comunicación previa (19): a) revisión de fuentes secundarias, documentos técnicos gubernamentales y no gubernamentales e información periodística de

medios comunicacionales con publicaciones digitales (periódicas y no periódicas); b) entrevistas semi-estructuradas, conteniendo preguntas abiertas y cerradas, a informantes clave (personal de salud insertos en instituciones geriátricas y del área de auditoría de residencias para adultos mayores del INSSJP-PAMI filial Córdoba), orientadas a indagar acerca del conocimiento de las normativas vigentes por parte de los responsables de instituciones geriátricas, mecanismos de control y exigibilidad/cumplimiento de los derechos del AM en las residencias geriátricas de la Provincia.

### **Relatos sobre las residencias para adultos mayores: aspectos particulares en la provincia de Córdoba**

Argentina carece actualmente de una norma que unifique el modo de constitución y el funcionamiento de las instituciones geriátricas. La puesta en marcha de los mismos queda en manos de cada provincia y a su vez de cada municipio, sujeta a políticas sociales de turno, dejando a la luz contradicciones provinciales/municipales e incluso vacíos legales o carencias normativas (13). El desarrollo de pautas mínimas generales permitiría unificar y regular su funcionamiento, facilitando de este modo la detección precoz de escenarios de vulneración de Derechos Humanos.

En la Provincia de Córdoba, la Ley Provincial N° 8.677, Decreto 657/09, regula el funcionamiento de los establecimientos geriátricos privados (20). Su texto no contempla consideraciones relativas a la perspectiva de derechos humanos y a la condición de sujetos que estas instituciones se proponen cuidar, tampoco la perspectiva de género.

Llama la atención la falta de información oficial acerca de cuántas residencias para AM están en funcionamiento (particularmente privadas, que constituyen la mayoría), tanto a nivel nacional como provincial (12). En la Provincia de Córdoba, según se publica en la página del Ministerio de Salud (organismo contralor), serían 90 instituciones en capital y 94 en el interior provincial (21). Otra fuente de la Municipalidad de Córdoba, publica un listado de 160 instituciones inscriptas habilitadas (22). Denuncias periódicas refieren la existencia de más de 250 instituciones no declaradas en capital (23), situación que se repite en el interior provincial, existiendo también datos contradictorios respecto del número de personas que estarían viviendo en dichas instituciones (24).

A su vez, la situación se complejiza si se atiende a algunos aspectos característicos de la población residente en las instituciones dependientes del Estado (de orden provincial y municipal, tanto en capital como en el interior): habría un deslizamiento respecto de la misión de estas instituciones, ya que incorpora también como residentes a personas en situación de calle, quienes debieran recibir de parte del Estado, otra respuesta a sus necesidades. Otro ejemplo de este deslizamiento lo constituye la presencia de un área para mujeres AM en la Colonia Vidal Abal de Oliva (hospital neuropsiquiá-

trico provincial), mujeres internadas allí por su condición de AM.

En las residencias para AM que trabajan con cobertura del INSSJP-PAMI, la población en su mayoría es semi-dependiente y dependiente, las personas autoválidas alcanzarían el 25%. Aquí se diferencian las instituciones para AM autoválidos y las residencias para AM con apoyo psicológico (no serían instituciones psiquiátricas sino aquellas que albergan adultos mayores que requieren cuidados de salud mental pero con situaciones estables). Esta obra social cuenta con una reglamentación interna para el monitoreo de las residencias para AM (25), y sólo trabaja con instituciones que se ajustan a esta norma, la cual contempla aspectos de vinculación de los/as adultos mayores con el medio, previniendo su aislamiento social. Trabajadores del área señalan también una notable diferencia en la calidad de las prestaciones que brindan las instituciones en condiciones de ser prestadoras de PAMI y las que no. Más allá de la normativa existente, importa en este caso la presencia de un organismo de control que ejerce efectivamente su función.

Por otra parte, en las distintas entrevistas realizadas se coincidió en que actualmente se observa con mayor frecuencia el ingreso de personas AM con avanzado deterioro de su salud, particularmente quienes provienen de hogares en situación de pobreza. Lo atribuyen a la dificultad de las familias para tomar esta decisión, quienes esperarían hasta que la situación se vuelve insostenible, pero también a la presencia cada vez más frecuente de situaciones de abandono y soledad.

Asimismo, se destaca que si bien las residencias para AM son, tal como han sido definidas, instituciones de puertas abiertas en las cuales las personas con suficiente autonomía pueden entrar y salir sin restricciones, en la práctica ello no se verifica. Se nombra el sistema como "carcelario"; las puertas están cerradas por seguridad, temor a que la persona AM tenga algún accidente en la calle, etc. La persona residente debe solicitar el permiso para salir, el cual obtiene con mayor o menor facilidad dependiendo de la institución. Señalan que se requiere un debate profundo respecto del rol de estas instituciones en la sociedad, para que funcionen efectivamente como "hogares".

Hubo coincidencia también entre las entrevistadas acerca de la presencia de maltrato, con matices, en las residencias para AM, y la necesidad de abordar la problemática desde políticas de Estado claras, que reconocen ausentes a la fecha.

En el relato periodístico, la presencia de noticias referentes a AM e instituciones residenciales es escasa, su aparición suele estar asociada a la emergencia de situaciones en las que la vulneración de los derechos es extrema (muertes de residentes, incendios, mala praxis, etc.). Un ejemplo que adquirió notoriedad fue lo sucedido en la ciudad de Córdoba en 2010 y 2011 con el incendio de las instituciones geriátricas *La Petite Residence* y el *Complejo Vida Sana* (26, 27). La muerte de los adultos mayores institucionalizados despertó interés por parte de la sociedad sobre la falta de control que ejerce el Estado sobre este tipo de instituciones. Estos dos emergentes,

permitieron la apertura al debate social en los medios y la consecuente réplica de los distintos niveles de estado (municipal, provincial, nacional).

A su vez, atendiendo a diversos recortes periodísticos referentes a este tipo de instituciones, el foco está puesto, en mayor medida, en: las condiciones de habilitación de los establecimientos, el hacinamiento, las malas condiciones de habitabilidad, falta de seguridad, falta de habilitación por parte del organismo de control. Se denuncia también mala praxis, ausencia de recursos humanos adecuados para atender las necesidades de los AM residentes en salud, identificación de sujetos con desnutrición, deshidratación y falta de atención mínima.

También se reporta la vulneración de otros derechos civiles y económicos, tal como el negarle su propia identidad a un anciano al “retenerle” sus documentos. Esta parece ser la vulneración más sistemática y reiterada: retención de documentos para garantizar la permanencia del sujeto en la institución. Se menciona también la falsificación de documentos por parte de funcionarios públicos de la salud o la justicia en pos de la apropiación de algún recurso económico propio del anciano y la nulidad del derecho al voto. Se vulnera la posibilidad de residir en el propio hogar; el propio anciano debe “huir” de las prácticas vejatorias a las que es sometido al residir en una residencia geriátrica y disponer de sus propios recursos (28).

Los mismos artículos, describen diferentes situaciones e iniciativas que se proyectan ante la eventualidad de algún siniestro, sin que se logre aún dar un marco de protección centrado en derechos a los AM residentes en estas instituciones.

A la fecha, ninguno de estos proyectos, protocolos o leyes que se han propuesto, toman en cuenta el principio de participación de los ancianos, para que puedan ejercer su derecho de sujetos plenos y activos en la aplicación de políticas que intervienen en su vida. El Estado, en sus diferentes jurisdicciones, parece no poder articular una política en relación a esta temática.

Es posible describir y notar, a través de las diferentes notas, que las situaciones extremas de denuncias o siniestros gravísimos, se suceden en diferentes años (las denuncias sobre malos tratos, según describen los artículos revisados, han aumentado en los últimos años). También se evidencia el desconocimiento sobre las injerencias y funciones de los diferentes niveles de Gobierno en la materia (puede tomarse de ejemplo, los diferentes protocolos en la ciudad de Córdoba, que se diferencian de los provinciales y los de PAMI, y el caso del No acuerdo sobre la entidad de Control de los geriátricos entre la provincia y el municipio de Río Cuarto (29).

## Reflexiones finales

Hemos realizado una primera aproximación a una problemática creciente y compleja en la Provincia de Córdoba, que refleja múltiples vulneraciones a los derechos humanos de adultas y adultos mayores, vacíos lega-

les y falta de información, en el marco de esta misma problemática a nivel nacional.

Resulta imperativo superar la visión de las políticas sociales como parte de una lógica signada por la oferta de beneficios de tipo asistencial, que pueden –o no– ser asumidos por órganos estatales, para encauzarse en la definición de parámetros mínimos de dignidad cuya garantía es responsabilidad del Estado, mediante los distintos instrumentos que tiene a su alcance. A partir de este enfoque, se busca la promoción de nuevas políticas que superen décadas en la consideración de las personas como meros “beneficiarios” de programas sociales de corte asistencial para pasar a su valoración en tanto titulares plenos de derechos (11).

Asimismo, las políticas de Estado que aquí se enuncia como ausentes o deficientes, deben reconocer las particularidades de la población específica que está necesitando atención y cuidados, mayoritariamente compuesta por mujeres, muchas veces con problemas de soledad y abandono, cuya respuesta no necesariamente es la “internación” en una institución, ya que como se ha visto se trata en una importante proporción de personas autoválidas. Así, resulta especialmente necesario aplicar la perspectiva de género a las políticas públicas del envejecimiento. Ello, sin desconocer que algunas personas puedan optar libremente por vivir en una residencia colectiva para adultos/as mayores.

Asimismo, pensamos que es necesario promover también un amplio debate respecto de la función de las residencias para adultos mayores en la Provincia, y el rol de las instituciones de la sociedad, incluyendo las instituciones que representan a los y las adultos/as mayores, en el monitoreo de las mismas. Persiste el desafío de incorporar la lógica de los derechos humanos en los cuidados, tanto más cuando se trata de grupos de población fragilizados, y la necesidad de generar consensos acerca de qué cuidados necesitan y qué actores sociales no debieran estar ausentes del mismo, ya que las respuestas podrían multiplicarse, evitando la institucionalización. En este sentido, existen valiosas iniciativas, como los hogares de día y las múltiples actividades propuestas desde los Centros de Jubilados y Pensionados. Como ya se mencionó, resulta necesario incluir estas iniciativas en el marco de una política pública integral para las y los adultos mayores, que se continúe en el tiempo.

Finalmente, resulta también necesario desarrollar indicadores y mecanismos que permitan monitorear y visibilizar de manera continua lo que sucede en las instituciones cerradas y con las poblaciones fragilizadas de adultos mayores que no están siendo “cuidadas”.

**Agradecimientos:** agradecemos la lectura y valiosos aportes a Liliana Rainero, coordinadora del Programa Género de la Universidad Nacional de Córdoba.

**Declaración de conflicto de intereses:** las autoras declaran no tener conflictos de intereses ■

## Referencias bibliográficas

- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. II Informe del Observatorio sobre adultos mayores [Serie Online] 2014. [Citado Febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.oiss.org/IMG/pdf/II\\_INFORME\\_Obseatorio\\_sobre\\_adultos\\_y\\_mayores-2.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/II_INFORME_Obseatorio_sobre_adultos_y_mayores-2.pdf)
- Naciones Unidas. Ejecución del Plan Internacional sobre Envejecimiento y Actividades Conexas. *Resolución 46/91*, 74ª sesión plenaria, 16 de diciembre de 1991.
- Caja de Jubilaciones, Pensiones y Retiro de Córdoba. Informe anual del año 2013 [Serie Online] 2014. [Citado Febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.cajajubilaciones.cba.gov.ar/Portal/Content/Files/Informe\\_Anual\\_2013\\_Web.pdf](http://www.cajajubilaciones.cba.gov.ar/Portal/Content/Files/Informe_Anual_2013_Web.pdf)
- Huenchuan Navarro S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Editora Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): DirkJaspers\_Faijfer: Director, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; (CELADE) División de Población de la CEPAL Diane Frishman; Santiago de Chile, 2009.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. II informe del Observatorio Iberoamericano sobre adultos mayores. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de los Adultos Mayores en la Región. [Serie Online] 2012-2014. [Citado 7 de noviembre de 2013]. Disponible en: [http://test.addicta.es/oiss/observatorio/files/assets/common/downloads/II\\_INFORME\\_Obseatorio\\_sobre\\_adultos\\_y\\_mayores.pdf](http://test.addicta.es/oiss/observatorio/files/assets/common/downloads/II_INFORME_Obseatorio_sobre_adultos_y_mayores.pdf).
- Huenchuan Navarro S. Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Proyecto "Implementation of the Madrid Plan of Action on Ageing and the Regional Conference on Ageing" (UNFPA); Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; (CELADE, División de Población de la CEPAL): Santiago de Chile, 2004.
- Dabove Caramuto MI. Derecho de la Vejez. Perspectiva Interdisciplinaria. Centro de Investigaciones en Derechos de Ancianidad. Facultad de Derecho, Universidad de Rosario. CEPRAM, Córdoba; 2012. [Citado 18 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://cepram.org.ar/descarga/andantes/apunte.pdf>
- Naciones Unidas. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. Observación general N°6 (E/C.12/1995/16/rev.1); Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. 1995.
- Ciuro Caldani, MA. Derecho de la Ancianidad. En Investigación y Docencia, N° 20. Fundación para las Investigaciones Jurídicas. Rosario, 1992.
- Gonem Machello GN., Davobe Caramuto MI., Nawojczyk E., Novelli MH., Prunotto ME., Rodrigo FM. Aportes para el pleno reconocimiento constitucional de los derechos de los ancianos. *La Ley* 2008; LXXII (118):1-4.
- Pautassi L. El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. CEPAL 2007. Serie Mujer y Desarrollo N° 87.
- Ministerio de Desarrollo Social, Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. Informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores. En: OISS, Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico. Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Argentina, 2006:10-42. [Citado Febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.oiss.org/IMG/pdf/Informe\\_2006\\_Def\\_Cono\\_Sur\\_-\\_Apuntes\\_para\\_un\\_diagnostico\\_final\\_-2-2.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/Informe_2006_Def_Cono_Sur_-_Apuntes_para_un_diagnostico_final_-2-2.pdf)
- Dabove Caramuto MI. Derecho de la Ancianidad y Bioética en las Instituciones Geriátricas. LIBRO HOMENAJE a Dalmacio Vélez Sarfield. Tomo III. Córdoba, Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales; 2000. p. 236-205.
- Zolotow D. Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. Reflexión de Trabajo Social. *Revista Debate Público* 2010; p: 87- 92.
- Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers, Revista de Sociología*, 1992;(40):121 -135. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/25139-58464-1-PB.pdf>
- Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu, 1992
- Bayer MP. Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. Revis: *Revista española de investigaciones sociológicas* 1993; N° 64: 155-174.
- Foucault, M. El orden del discurso. Buenos Aires: La piqueta, 1996.
- Butinof M., Guri AK., Rodríguez G., Abraham D., Vera Y., Gasmann J. Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la Provincia de Córdoba – apuntes para una reflexión preliminar. En: Mirar tras los muros. Situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba. Informe del Observatorio de Derechos Humanos. Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba. 2014:681-713.
- Ley Provincial N° 8677 de Regulación de los establecimientos geriátricos privados. <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/0/A1CD81DA48CC32FE0325723400641BF1?OpenDocument&Highlight=0,7872>
- Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Nómina de geriátricos habilitados en ciudad capital. [Citado diciembre 2013]. Disponible en <http://www.docstoc.com/docs/107995091/CAPITAL-Ministerio-de-SALUD-de-C%-C3%B3rdoba-GERIATRICOS-HABILITADOS>.
- Municipalidad de Córdoba. Nómina de geriátricos. Departamento de Regulación de Entes Privados. [Citado diciembre 2013]. Disponible en <http://www.cordoba.gov.ar/cordoba-ciudad/principal2/docs/desarrollsocial/GeriaticoAgosto2010.pdf>
- Nota del diario Día a Día. <http://www.diaadia.com.ar/content/por-lo-menos-250-geriatricos-truchos>. 24/04/2011.
- Nota del diario La voz del interior. <http://www.lavoz.com.ar/noticias/sucesos/la-mitad-de-los-geriatricos-estaria-en-negro>. El censo provincial 2008 registró más de 10 mil personas viviendo en geriátricos, pero la Provincia sólo reconoce seis mil camas habilitadas. El 40 % no estaría reconocida por el Ministerio. 02/09/2010.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Reg. 559/01. Reglamento del Registro de Prestadores del Servicio de Geriátrica del Instituto. [Citado noviembre de 2013] Disponible en: [http://www.uniondegeriatricos.com.ar/PAMI/Reglamento\\_del\\_Reg\\_Prestadores\\_Ger.pdf](http://www.uniondegeriatricos.com.ar/PAMI/Reglamento_del_Reg_Prestadores_Ger.pdf).
- Nota del diario Clarín sobre incendio en el geriátrico La Petite Residence. [Citado octubre de 2013] Disponible en: [http://www.clarin.com/policiales/CORDOBA-Incendio-geriatrico-Petite-Residence\\_5\\_327617240.html](http://www.clarin.com/policiales/CORDOBA-Incendio-geriatrico-Petite-Residence_5_327617240.html). 01/09/2010
- Nota sobre incendio en el Complejo Vida Sana. [Citado octubre de 2013] Disponible en: <http://www.urgente24.com/3542-tragico-incendio-en-un-geriatrico-de-cordoba>. 02/02/11
- Nota del diario La Voz del Interior <http://www.lavoz.com.ar/alta-gracia/acusa-que-lo-encerraron-durante-ano-medio>. 28/06/2011
- Nota en diario El Puntal de Río Cuarto. <http://www.puntal.com.ar/v2/article.php?id=69808>. 09/05/11

# Etnografía geriátrica asociada a procesos de supervisión a equipos gerontológicos<sup>1</sup>

**Paula Mara Danel**

*Magíster en Trabajo Social  
Centro de Estudios de Trabajo Social y Sociedad  
Facultad de Trabajo Social - UNLP  
E-mail: danelpaula@hotmail.com*

## Introducción

El presente artículo surge de la revisión del trabajo de investigación efectuado entre los años 2005 y 2007 (1) sobre las prestaciones brindadas en los establecimientos de larga estadía para personas mayores radicadas en la provincia de Buenos Aires. En esta oportunidad se compartirán debates centrales de la investigación mencionada, considerando los mismos a la luz de las transformaciones desarrolladas en el campo gerontológico en nuestro país en los últimos años.

El objetivo de la investigación estuvo orientado a

caracterizar las prestaciones brindadas en las instituciones de larga estadía para personas mayores radicadas en la Provincia de Buenos Aires, la que tiene una superficie de 307.571 Km<sup>2</sup>, contando con una población de 15.594.428 (Censo 2010), lo que la constituye en la Provincia más poblada de Argentina. Se analizaron las prestaciones de los establecimientos de gestión privada (habilitados y los que funcionaban sin habilitación) y los de gestión municipal. Es importante destacar que entendemos por prestación al servicio que alguien recibe o

---

## Resumen

En el presente trabajo se analizan las dimensiones socioculturales de las residencias para adultos mayores. El acercamiento a la realidad de estas instituciones se ha efectuado a partir de procesos evaluativos y de supervisión sostenidos durante más de 15 años en el territorio bonaerense. En esta producción se recrean y revisan las categorías que configuraron la matriz conceptual de la investigación efectuada entre los años 2005 y 2007, confrontándolas con las experiencias de supervisión sostenidas entre 2011 y 2015.

Se trabaja desde la etnografía geriátrica, que viene a visibilizar los estudios realizados acerca de lo que sucede en los geriátricos, los modos de abordajes, las formas corporales esperadas, las narrativas que hegemonizan sentidos sobre los usuarios del servicio y los trabajadores.

**Palabras claves:** Etnografía – Geriátricos – Cuerpos.

GERIATRIC ETHNOGRAPHY PROCESSES ASSOCIATED WITH SUPERVISION OF GERONTOLOGICAL TEAMS

## Abstract

In this paper the sociocultural dimensions of residences for seniors are analyzed. The approach to the reality of these institutions has been made across assessment processes and monitoring sustained for more than 15 years in the Buenos Aires area. In this production are recreated and are reviewed the conceptual categories that form the conceptual matrix of research conducted between 2005 and 2007, comparing the experiences of supervision held between 2011 and 2015.

Are worked from the idea of that the geriatric ethnography, to come to visualize the studies about what happens in geriatric residence, modes approaches, the expected body shapes, the narratives that they hegemonize senses on service users and workers.

**Key words:** Ethnography – Geriatric residence – Bodies.

---

<sup>1</sup> Agradezco los señalamientos y sugerencias que hizo al presente trabajo el Lic. Graciano Braganza, colega y compañero de mi actual espacio de desempeño profesional.

debe recibir de otra persona en virtud de un contrato u obligación legal, en este caso los servicios integrales que debe dispensar una residencia para Mayores. El objeto de la investigación fue construido desde una doble dimensión: *de definición* –vinculada al plano normativo, a la función regulatoria del Estado–. Y *de puesta en acto* ó práctica social.

Esta doble dimensión nos obligó a complejizar el proceso de investigación analizando los factores económicos, políticos y culturales que se entrelazan en esta oferta prestacional.

Ahora bien, en los últimos cinco años venimos acompañando a los equipos gerontológicos de las instituciones reguladas, con el objetivo de mejorar sus procesos de intervención y consecuentemente generar buena calidad de atención a los mayores en situación de dependencia. El acompañamiento al que se hace referencia es al efectuado desde los proyectos de extensión de la facultad de Trabajo Social de la UNLP y la actividad profesional desde una obra social nacional. Ambas líneas de trabajo son destinadas a equipos interdisciplinarios gerontológicos, haciendo especial hincapié en el colectivo de trabajadores sociales.

El diálogo entre los resultados de la investigación con los registros de campo de los procesos de supervisión, hicieron posible las reflexiones que a continuación se presentan.

### ¿Hacia una etnografía geriátrica?

Habitualmente se habla de etnografías situadas en diferentes escenarios, y se asume como descriptor el nombre del mismo. En ese sentido, la idea de etnografía geriátrica viene a visibilizar los estudios realizados acerca de lo que sucede en los geriátricos, los modos de abordajes, las formas corporales esperadas, las narrativas que hegemonizan sentidos sobre los usuarios del servicio y los trabajadores, etc. Reconocemos que geriátrico, es una nominación fuertemente discutida en el campo gerontológico ya que asocia al dispositivo residencial para mayores con la especialidad médica, pero de la investigación surgió como categoría nativa.

El trabajo de campo antropológico, extendido en el tiempo, ha sido una forma de situarnos respecto al objeto de estudio. Esto nos permitió evitar análisis valorativos y adentrarnos en las texturas, los pliegues y las diversidades de la producción sociocultural del cuidado a los mayores en un dispositivo que carga con raíces violentas asociadas al encierro.

El marco de la etnografía situada en las “residencias para mayores” desarrollamos diferentes técnicas de investigación, en diálogo con los agentes sociales protagonistas. Identificamos dos etapas de la investigación:

- De 2005 a 2007 en la que se realizaron acciones en residencias en La Plata y Chascomús;
- De 2011 a 2015 que se realizaron acciones en La Plata, Berisso, San Vicente, Lezama, Chascomús y Magdalena.

En ambas etapas investigativas se pusieron en juego destrezas intelectuales, y se activaron una serie de estra-

tegias que permitieran prestar atención a las percepciones personales desde las que nos acercamos a las situaciones de “internación” en un geriátrico.

Los instrumentos utilizados en el trabajo de campo fueron:

- Entrevistas etnográficas a profesionales integrantes de equipos gerontológicos de las residencias para mayores.
- Observación participante en dinámicas cotidianas.
- Observación y análisis de proyectos institucionales, registros de historias clínicas y planificaciones de actividades de las áreas sociales.
- Encuestas de satisfacción a las personas mayores institucionalizadas.

El trabajo de campo permitió rescatar los sentidos asociados a prácticas institucionales, identificar recurrencias en el lenguaje utilizado en las interacciones verbales y en los escritos profesionales. Los profesionales entrevistados portan titulaciones distintas, tales como trabajadores sociales, médicos y enfermeros. Las personas mayores encuestadas oscilan entre los 70 y 93 años. Las edades de los albergados en las residencias se ha modificado en los últimos 10 años siguiendo un proceso de acrecentamiento. Asimismo se destaca un incremento en las limitaciones funcionales que presentan los residentes al momento del ingreso, lo que denotaría la activación de estrategias de “envejecer en casa” durante tiempos cada vez más prolongados. De acuerdo con el Censo 2010 (Indec) la población de 80 y más años con dificultad o limitación permanente (total país) es del 56,4%, lo que nos ubica en un universo de población fragilizada.

La entrevista (2) constituye la estrategia más apropiada para acceder al universo de significaciones de los actores. En tal sentido, señalamos que las entrevistas han sido realizadas en momentos distintos y en escenarios que facilitaban o restringían tales intercambios. Nos interesa explicitar que los intercambios producidos en situación de entrevista han sido fundantes de varias de las reflexiones que se profundizaron posteriormente.

A los geriátricos los consideramos por un lado como espacios flexibles, cotidianos y al mismo tiempo atravesados por innumerables regulaciones sociales y jurídicas. En investigaciones anteriores (1) planteábamos que las residencias geriátricas toman como referencia al modelo institucional de la modernidad destinado a albergar a locos, vagabundos y mayores. Como señalamos en párrafos precedentes, las residencias se constituyen en dispositivos de encierro. No obstante, entendimos que debíamos profundizar el conocimiento sobre los mismos.

En el trabajo de campo se hizo especial hincapié en la interacción con los agentes sociales, y se avanzó en dar cuenta de la dinámica institucional. Se consideraron los modos en que los mayores eran tratados, cómo se los consultaba sobre sus necesidades, en qué espacios/tiempo se disponía la realización de entrevistas con el equipo gerontológico. La intencionalidad de estas acciones estaba orientado por los objetivos diseñados.

Las narrativas recuperadas, sumadas a los gestos de todos los participantes, permitieron recuperar las líneas

demarcatorias de la cartografía institucional y el acercamiento a la vida cotidiana de los agentes. La realización de la etnografía geriátrica nos convidó un modo de habitar un lugar en el mundo, un espacio-tiempo que es pensado como “la última alternativa” de los cuidados progresivos. La idea de alternativa no-deseada la coloca en una valoración maliciosa, al tiempo que se produce una tendencia a desvalorizar el aporte de cuidados integrales que supuestamente brinda.

Transitar el proceso etnográfico habitando un lugar no deseado, no anhelado, nos interpeló sobre las expectativas que construimos para nuestro propio proceso de envejecimiento. Apelamos al aporte de Contreras (3) quien propone “Situarse desde la experiencia supone también la posición subjetiva, la forma en que es experimentado, sentido, vivido por alguien en particular”.

La etnografía geriátrica en tanto experiencia nos permitió hacer visible la posición subjetiva que tomamos frente a las residencias, a quienes allí trabajan y a quienes viven en forma permanente. Es decir, poner en palabras, en percepciones, en certezas e interrogantes lo que implica compartir con quienes producen la cotidianidad de un geriátrico:

“Ingreso junto al equipo evaluador a la residencia más grande que tenemos en la región. Nos franqueó la entrada el personal que habitualmente nos atiende, y nos permite el ingreso. Empezamos a recorrer el geriátrico y nos abruma un olor fuerte que genera repulsión. No han terminado de cambiar pañales, ni de limpiar el piso, ni los baños. En las habitaciones encontramos los restos de papelitos blancos que cubren las bandas autoadhesivas de los pañales, los tiran cuando hacen el cambio a la noche o primera hora de la mañana. El comedor estaba ocupado en su totalidad, los residentes recién habían desayunado y se mezclaba el olor a te con leche, con orina y materia fecal. Algunos dormitaban sobre la mesa, mi cuerpo daba señales de repulsión, de hastío, y de imperativo ético que señalaba que debía estar allí para aportar a la generación de un cambio” (Notas de campo, 2014).

Procesar esas sensaciones, ordenarlas, ponerlas en relación a la búsqueda de intervenciones eficaces, indudablemente se logra con otros/as. Trabajar en equipo me ha permitido constatar en primera persona que es posible poner en escena el no-saber, la incompletud.

### **Marcadores de la prestación geriátrica**

Ahora bien, en relación a la investigación logramos generar algunos hallazgos que se concentraron en los siguientes puntos significativos que señalamos como marcadores de la prestación geriátrica:

- Historia/Mito de origen y Trayectoria Institucional: en líneas generales los geriátricos que analizamos ubican una iniciación de forma enlazada entre fines altruistas y comerciales. Esta conjugación es efectuada de forma singular de acuerdo a la trayectoria de vida del propietario o director. Podríamos afirmar que las diferencias prestacio-

nales están asociadas a las posiciones diferenciales frente a la persona mayor y los trabajadores que va tomando quien conduce la organización. Este posicionamiento se complejiza según pasan los años, “cuándo inicié con esto, los residentes podían ser mis abuelos y hoy podrían ser mis compañeros de escuela” (Propietario entrevistado, 2014). Este punto necesariamente lo analizamos en clave de los modelos en tensión que explicitamos en el siguiente punto.

- Dos modelos en tensión: Asilar vs. de Derechos Humanos (DDHH). Pudimos advertir dos tendencias marcadas en relación a la forma en que son concebidas las personas mayores albergadas. Cuando se las concibe como un cuerpo a conservar en pos de garantizar la rentabilidad, las respuestas en la prestación son asociadas al modelo asilar. Por otra parte, en las oportunidades en que a la persona mayor se la concibe como un ciudadano –sujeto de derecho– las respuestas van a estar signadas por el profesionalismo, el criterio socio-sanitario e incluido en el Modelo de DDHH. Entendemos que ambos modelos son construidos en clave analítica, y que la producción social de la prestación geriátrica tensa prácticas sociales que traman los modos en que se resuelve el cuidado de los mayores cuando requieren asistencia en las actividades básicas de la vida diaria. Los marcadores del modelo asilar los indicamos cuando los mayores son situados como Objeto de cuidado, Objeto garante de rentabilidad, Objeto a llenar, Objeto de registro, cuerpo a conservar, que se ejemplifica en la infantilización en el modo en que se los nombra, que se dirigen a ellos; estandarización de los horarios y las actividades grupales sin explicitación de las razones, ni objetivos que persiguen. Los marcadores del modelo de derechos humanos son: los cuidados pensados en clave de respeto y dignidad (ejemplo: consulta a la persona sobre sus gustos y preferencias a la hora de cambiar pañales, elegir la ropa, bañarlo), pensar la alimentación como estrategia asociada a lo placentero y no sólo como requerimiento *dietoterápico*, los registros sobre la persona institucionalizada como modo de generar prácticas de cuidado de calidad y no sólo como requerimiento normativo.

- Centralidad de los residentes para dar cuenta de las dimensiones que construyen la prestación. Las narrativas de los agentes sociales con los que interactué en el trabajo de campo colocaban incesantemente a los usuarios del servicio prestacional como los verdaderos protagonistas de la vida en un geriátrico. La idea de usuarios del servicio se torna paradójica porque, por un lado podríamos pensar la idea de valor de uso del servicio que se brinda y, por otro, la revisión crítica de para quién es el servicio. Inferíamos que los residentes se sitúan en el espacio fantasmagórico que interpela las formas hegemónicas de cuidar a los mayores en situación de dependencia. Volviendo a la idea de centralidad, planteamos que las dimensiones alimentarias, de atención sanitaria, de admisión, de autonomía e integración, referenciaban constantemente a los mayores residentes situándolos en un espacio de objeto de cuidado/protección. Esta idea de protagonismo era empañada al mismo instante de su enunciación, con prácticas que desconocen las múltiples

capacidades, deseos y derechos que poseen los mismos. Prácticas que dan por sentado que los trabajadores conocen cabalmente los deseos del otro, tareas que se conocen infalibles, optimización del tiempo como forma de hacer efectiva la organización hace que se diluya la presencia del otro como existencia real y controversial. La centralidad de los residentes aparece tensado por dos modelos de atención: asilar y de DDHH.

- Autonomía, Heteronomía y lazo social. En el modelo asilar la persona institucionalizada ocupa un lugar de heteronomía, ya que es “corrida” de las decisiones cotidianas de su vida en la institución y del manejo de sus bienes. Se produce un proceso de infantilización, que atenta contra la dignidad de los mayores y su autonomía. Estas situaciones son transformadas en el Modelo de DDHH, concretadas en la consulta a la persona sobre los usos que desea realizar de sus recursos económicos, en la inclusión del residente en la producción de espacios grupales, en las estrategias de multi-estimulación. En relación a los procesos de integración social damos cuenta de los lazos que se construyen en la dinámica institucional, animándonos a plantear que se producen mecanismos de compensación. Cuando nos referimos a vínculos compensatorios lo pensamos en la misma lógica objetivante de los sujetos que residen en un geriátrico; es decir, se busca reemplazar a los hijos “abandonados”, cubrir la afectuosidad con el personal. Se construye una certeza de que “nosotros los cuidamos mejor que la familia”. Existe cierta estrechez en los vínculos que establecen los residentes entre sí y con el personal que lo asiste en el cotidiano. Esta vincularidad posibilita transitar la vida en el geriátrico con mayor fortaleza, pero en algunas ocasiones los expone con mayor vulnerabilidad a situaciones de violencia y maltrato. Dependiendo exclusivamente de un cuidador con el que se ha establecido un vínculo estrecho puede resultar beneficioso, pero si este cuidador deja de brindar el servicio adecuado y manipular las decisiones de la persona mayor puede convertirse en un riesgo. Es oportuno volver sobre la idea de regulaciones sociales que atraviesan el dispositivo de atención, y en tal sentido resulta fundamental que las mismas operen como resguardo de las personas mayores.

Estos hallazgos han sido revisados y discutidos a partir de la identificación de transformaciones en el campo gerontológico asociados a:

- Participación activa de nuestro país en la postulación de una convención de DDHH para los mayores.

- Generación de capacitaciones en temas gerontológicos desde una matriz de DDHH (ejemplo: Especialización en Gerontología Comunitaria e institucional del Ministerio de Desarrollo Social; Curso de Auxiliares de Inspección de Geriátricos del Ministerio de salud de la Provincia de Bs. As.; Cursos del Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios).

- Modificación de la Ley de geriátricos provincial, en una clara apuesta estratégica para generar mejoras en los procesos de regulación.

- Mejoras de los servicios del INSSJP – Pami, incrementando los dispositivos alternativos a la institucionalización.

- Ampliación de espacios de discusión académica en temas gerontológicos, entre los que destacamos a los Congresos Latinoamericanos de gerontología Comunitaria (2011 y 2013), las Jornadas de Trabajo Social en el Campo gerontológico (2006, 2011, 2013 y 2015), los Simposios de gerontología Institucional (SAGI) en sus ediciones 2004, 2005 y 2006. Y otras actividades encarradas por las organizaciones médicas y de formación superior.

- Ampliación de estrategias del gobierno nacional en pos de ampliar los actores comprometidos con los ciudadanos adultos mayores (ejemplos: financiamiento de Programas de Voluntariado Universitario que incluyen a generaciones jóvenes vinculadas a los mayores, etc.).

Podríamos hipotetizar que se ha generado una ampliación y jerarquización del campo gerontológico que opera de manera favorable en las disputas que se vienen dando. (ejemplos: búsqueda de instaurar el modelo de DDHH en la producción de servicios en las residencias, mejorar las condiciones materiales para que los mayores dependientes puedan envejecer en sus domicilios con cuidadores calificados, fortalecer la red de servicios alternativos a la institucionalización, afrontar los avances del modelo médico hegemónico en el campo gerontológico). Afirmamos que los desafíos venideros en materia de regulación estatal y derechos humanos de los mayores son alentadores en términos de inscripción en la agenda pública pero preocupantes en torno a la trama cotidiana que continúa siendo violenta para quienes transitan los escenarios institucionales desde el lugar de “asistidos”.

En varias escenas transitadas, observadas y narradas en nuestros registros advertimos situaciones paradójicas, que nos permitieron llegar a ciertos consensos:

- La prestación geriátrica es una construcción social, situado en un tiempo histórico determinado y posible de ser transformada.

- Las instituciones establecen para sí la responsabilidad de la administración de la vida y la muerte de los mayores que albergan. Las instituciones geriátricas son reguladas por el estado, por lo que enlazamos a la idea de regulación de la vida del mismo estado.

- Las instituciones generan vínculos con fin compensatorio.

- Los cuerpos que alojan son construidos con una biología particular asociada al deterioro.

Nos formulamos un interrogante: ¿qué hacer para que en las residencias no operemos sólo con cuerpos? Y allí retomamos los aportes de Lewkowicz (4), y decimos: generemos un modo activo de habitar, transitemos caminos de subjetivación para proporcionar humanidad e inscribamos una lógica del presente.

### **La categoría experiencia como facilitador del análisis**

Pensar las prácticas de la intervención social como experiencia permitió modificar el lugar desde dónde se analizaba. Las escenas observadas en la etnografía geriá-



trica han sido una invitación a revisar los propios enunciados y las estrategias de abordaje en los procesos de atención a mayores dependientes. En esta línea recuperamos las principales dificultades que se concentran en los procesos de evaluación a los equipos gerontológicos, puntualizando en las tareas de los trabajadores sociales:

- Ausencia de criterios claros para encarar la elaboración de información diagnóstica de la población.
- Desactualización del material bibliográfico que utilizan como soporte para elaborar el análisis de los datos producidos.
- Planes de trabajo que no surgen de la caracterización poblacional, sino que ponen en acto propuestas pensadas sin considerar al otro/ los otros.
- Inexistencia de entrevistas profundas que aborden la conflictividad familiar.
- Desinterés frente a los señalamientos de mejora.
- Poca incidencia de la información registrada en las historias clínicas a la hora de organizar la distribución en las habitaciones, la configuración de compañeros de habitación.

Si bien para este trabajo señalamos las dificultades, debemos indicar que varios equipos vienen ampliando sus estrategias de formación y de inclusión de criterios gerontológicos. Para varios profesionales el ejercicio profesional en un geriátrico no resulta un espacio de realización profesional, asociado a las condiciones laborales precarias en las que se desempeñan. Por otra parte, la cantidad de horas efectivas suele ser menor a las que requieren las normativas vigentes.

Cuando exploramos los criterios de configuración del diagnóstico, lo que visualizamos era que:

- El equipo gerontológico no realizaba reuniones en forma regular, por lo que es vivido como una exigencia sin sentido, nadie retomará los datos que construyan. Esto nos remitía a pensar en un cuerpo fragmentado que se evidencia en la mirada estereotipada y un posicionamiento profesional abigarrado.
- La falta de formación gerontológica hace que la información que se recupere no tenga un arraigo conceptual sólido.
- La inclusión de tópicos asociados a intereses de los residentes para armar posteriormente la estrategia de talleres grupales, aparecía en pocos relevamientos.
- Podíamos identificar cierto malestar en torno a “¿para quién hago el diagnóstico?”, “¿para qué quiero conocer exhaustivamente a un grupo de personas que se encuentran en claro proceso de deterioro?”, “¿qué pueden aportar?”.

El cuerpo es el lugar donde se inscribe cada historia singular, el lugar donde sentimientos y pensamientos se manifiestan, en latidos, en palabras, en imágenes, en nudos que oprimen o en brisa que orea el alma, pero no siempre esa inscripción es leída en busca de su sentido; la experiencia es la posibilidad de esa lectura, una lectura necesaria para que la huella sea una verdadera inscripción que alumbré el sentido de lo vivido (3).

Los cuerpos (el propio y el de los agentes sociales con los que interactúe) han inscripto cada historia, cada diagnóstico poblacional, cada entrevista, cada señal de atención/desatención.

Las determinaciones sobre el mundo (la diferenciación de las magnitudes, o la distinción de los objetos y las acciones) son adquiridas básicamente a través de las experiencias que hace el nuevo miembro de la especie con un mundo de objetos y acontecimientos que se constituye a partir de estas experiencias (5).

¿Qué experiencias transitan los residentes de los geriátricos? ¿Cómo las significan? ¿Cómo se recrean las certezas sobre el mundo? ¿Cómo construyen esos vínculos compensatorios? ¿Qué estrategias se dan para tramarse su cotidianeidad?

Hice las encuestas de satisfacción y una vez más aparece un discurso estereotipado de los viejos. “la comida muy rica, las chicas son buenas, nos tratan bien”. Cuando avanzo en la entrevista se enuncia algo más genuino, pero me queda una duda profunda. Cuando encuesto a alguna persona que explicita malestar, rápidamente el personal me hace saber que está cursando un deterioro cognitivo (Nota de campo, 2013).

Cuando revisaba las notas de campo, surgía algo asociado al concepto de sentido práctico *bouerdiano* que respondía a la inquietud en torno a las estrategias que desataban los mayores en los geriátricos. Prácticas asociadas a la gratitud, a la exacerbación de la manifestación de reconocimiento al personal de asistencia directa, configuran estas estrategias.

Retomando la idea de experiencia señalamos que nos quita del lugar de identificación de concepciones para permitirnos vivirlas, transitarlas, que nos atraviesen. ¿Somos los trabajadores del campo gerontológico que producimos líneas demarcatorias entre lo normal y lo patológico? ¿Entre los modos hostiles de atención y los respetuosos? Tenemos varias implicaciones con el objeto de investigación, lo que nos hace surgir una inminente necesidad de re-pensarnos con otros/otras.

Una propuesta interesante de esta línea teórica es la de pensar la categoría intervención profesional como experiencia. Los enlaces que realizamos desde la experiencia nos han habilitado a construir relatos, narrativas que nos incluyan en tanto sujetos situados. La experiencia de la intervención (sea como investigadora o como profesional integrante de un equipo evaluador) amerita ser analizada desde las corporalidades.

“Ser cuerpo es estar anudado a cierto mundo. Yo soy así, mi cuerpo, que se interpreta a sí mismo y que tiene (y comprende) su mundo. La experiencia motriz de nuestro cuerpo nos proporciona, de tal modo, una manera de acceder al mundo que resulta originaria respecto de las funciones simbólicas o las representaciones” (6).

Merlau-Ponty (7), desde la fenomenología, plantea que el cuerpo humano es él mismo un sujeto y que este sujeto es necesariamente un sujeto corporizado. Esto nos ha permitido evitar pensar exclusivamente desde una

semántica interpretativa alejada de la propia percepción corporal. Cuando realicé el trabajo de campo, se evidenciaron los conceptos de cuerpo vivido. Las prácticas sociales que me resultaban agradables, las imágenes que me conmocionaron, las entrevistas que se dificultaban por las barreras en la comunicación que se diluían con una suave caricia en la mano.

Mauss (8) arriba a una definición de técnica corporal planteando que técnica es todo acto eficaz tradicional. En esa línea, se plantea que las técnicas corporales parten del objeto y medio técnico del hombre, es decir su propio cuerpo. Los talleres que definen los equipos gerontológicos de los hogares operan como técnicas corporales, sumado a las indicaciones sobre las horas del sueño, los menús apropiados, la organización del tiempo. En tal sentido, existen consensos en las ciencias sociales en plantear que los aportes de Mauss tuvieron continuidad en la obra de Pierre Bourdieu (2006) particularmente con el desarrollo del concepto de sentido práctico, y hábitos. Esto supone una idea de localización de las prácticas sociales y un lugar diferencial al cuerpo.

Un aporte sustancial para estas reflexiones ha sido el desarrollo teórico de Csordas (1999) quien desde la antropología de los cuerpos plantea "una aproximación fenomenológica en la que el cuerpo vivido es un punto de partida metodológico, antes que un objeto de estudio" (9). Esto ha permitido plantear que la experiencia es corporal ¿Cuánto de trayectorias sociales interrumpidas hay en los hombres y mujeres que residen en geriátricos? ¿Cuánto se anuda de mejoras en las propias vidas al

participar en un dispositivo que cubre las necesidades de cuidado.

Las sensaciones frente a la percepción, la indignación frente al avance de la medicalización tuvieron un locus corporal. La idea de la dimensión perceptual la vinculamos con los aportes de Schutz (1970) y Merleau-Ponty (1962). La percepción nos conecta con el objeto o con el otro sujeto, Schutz plantea "tornarse hacia un objeto". La percepción siempre es situada, "El *embodiment* (la traducción posible es *corporización*) como paradigma u orientación metodológica requiere que el cuerpo sea entendido como sustrato existencial de la cultura, no como un objeto que es bueno para pensar, sino como un sujeto que es necesario para ser" (9).

### A modo de colofón

En este pequeño recorrido intentamos compartir reflexiones en torno a los marcadores de la prestación geriátrica, los cambios en las formas de atención al tema envejecimiento/vejez, las intervenciones como experiencia y traer a escena la noción de cuerpo.

Los aportes desde la teoría social contemporánea, con su dualismo a cuestas, (10) ha sido un aporte sustancial para incluir la noción de estructuración de las prácticas, asumir las discusiones de la teoría social en torno a las mismas y la irrupción de interrogantes situados para pensar estas situaciones que atraviesan las singularidades de los agentes sociales que disputamos sentidos en el campo gerontológico ■

## Referencias bibliográficas

1. Danel PM (2007). Tesis de Maestría "Las prestaciones de los geriátricos en la Provincia de Buenos Aires: El caso de los hogares de La Plata y Chascomús" (período 2005-2006). En: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29366/Documento\\_completo\\_.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29366/Documento_completo_.pdf?sequence=1)
2. Guber R. El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2004.
3. Contreras D, Pérez De Lara N. La experiencia y la investigación educativa. En: Contreras y Pérez de Lara (Comp.). Investigar la experiencia educativa. Madrid: Ed. Morata; 2010.
4. Lewkowicz I. Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2004.
5. Roncacio Henao L. La noción de experiencia en la investigación social. Aportes desde la teoría de Norbert Elias y desde la Teoría Histórico-Genética de la cultura. En: Actas de XIV Simpósio Internacional Processos Civilizadores: "Civilização, fronteiras e diversidade" en Bogotá. p. 7.
6. Álvarez R. "Prólogo" En: Merleau-Ponty. La fenomenología y las ciencias humanas. Buenos Aires: Ed. Prometeo; 2011.
7. Merleau-Ponty M. Phenomenology of perception. Londres: Ed. Routledge; 1962.
8. Mauss M. Las técnicas del cuerpo y La noción de persona. En: Sociología y Antropología. Madrid: Ed. Tecnos; 1979.
9. Csordas T. Modos somático de atención. En: Citro (Comp.) Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos. Buenos Aires: Ed. Biblos; 2010.
10. Belvedere C. Un discurso del dualismo en la teoría social contemporánea. Una crítica fenomenológica. Buenos Aires: Ed. Eudeba; 2012.

### Documentos consultados

Resultados de Censo 2010: [http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos\\_totalpais.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp)

# Otra cara de la institucionalización. La versión Alice Munro

Daniel Matusevich

*Médico Psiquiatra  
Coordinador del equipo de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del  
Hospital Italiano de Buenos Aires  
E-mail: daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar*

*“Un gusto deja de ser arbitrario no cuando se lo cree correcto  
(¿quién puede decidirlo?),  
sino cuando se lo argumenta con exactitud”.*

Beatriz Sarlo, 2012.

## Introducción

En esta presentación intentaremos delinear algunos de los aspectos menos visitados del proceso de institucionalización y algunas de sus vicisitudes. Para ello, de la misma manera que en otras ocasiones cuando nos ocupamos de temas afines al mundo de la psicogeriatría, apelaremos al modelo narrativo para obtener un material que nos sirva de ejemplo y guía en la tarea que llevaremos adelante. La mayor parte de los trabajos existentes acerca de la vida de los viejos institucionalizados pone el eje en aspectos cuantitativos y diagnósticos, dejando de lado la dimensión personal implicada en el hecho de habitar una institución total. Las narraciones son ideales para rescatar dicha dimensión, ya que van directo al encuentro de la experiencia subjetiva impli-

cada en el asunto. Y, como valor agregado para nada desdeñable, movilizan intensamente las emociones de los profesionales implicados, facilitando el desarrollo de una corriente de empatía, elemento fundamental de la actitud terapéutica (1).

Explicaremos brevemente aquí porqué elegimos un relato de ficción por sobre la realidad que nos podría aportar un material clínico; para ello apelamos a algunas reflexiones que desgrana Milan Kundera en un ensayo que, a nuestro juicio, no adquirió la trascendencia que merece: nos estamos refiriendo a *El arte de la novela*, publicado en el -ya lejano- año 1986. Allí, el autor checoslovaco plantea de manera clara y definitiva que “(...) la novela ha descubierto por sus propios medios,

---

## Resumen

En el presente artículo examinaremos algunos aspectos del envejecimiento, el Alzheimer y la institucionalización geriátrica a partir del análisis de algunos fragmentos del cuento “Ver las orejas al lobo”, escrito por la novelista canadiense Alice Munro.

**Palabras claves:** Geriátrico - Envejecimiento - Alzheimer - Alice Munro.

THE OTHER SIDE OF INSTITUTIONALIZATION. ALICE MUNRO'S VERSION

## Abstract

The aim of this paper is to describe some aspects of the aging process, the Alzheimer and the nursing home starting from the analysis of some fragments of the tale *The bear come over the mountain* written by Alice Munro.

**Key words:** Nursing home - Aging process - Alzheimer - Alice Munro.

---

por su propia lógica, los diferentes aspectos de la existencia: con Cervantes se pregunta qué es la aventura; con Balzac descubre el arraigo del hombre en la historia; con Tolstoi se acerca a la intervención de lo irracional en las decisiones y en el comportamiento humanos (...) la novela que no descubre una parte hasta entonces desconocida de la existencia es inmoral (...) cada novela le dice al lector 'las cosas son más complicadas de lo que tú crees' (...)" (2). Siguiendo la estela de este autor y de esta reflexión, rápidamente caemos en la cuenta de que la potencia de una historia engloba varias vidas y que el lector atento (en este caso podríamos decir el clínico atento) debería ser capaz de sacar enriquecedoras conclusiones que engrandezcan su acervo teórico y faciliten su acercamiento al paciente. Por todos es conocido que los más grandes historiales clínicos (Freud, Jaspers) son apasionantes historias que capturan nuestro interés de principio a fin, al igual que los relatos de pacientes disfrazados de cuentos (o viceversa) de Oliver Sacks, llenos de acontecimientos sorprendentes que nos quitan el aliento a la par que nos asombran.

En tiempos donde los materiales clínicos o historias de pacientes escasean en las publicaciones científicas y cada vez se reducen más a un muestrario de síntomas sin alma, debemos escuchar con mucha atención a Kundera cuando nos advierte que "(...) si la razón de ser de la novela es la de mantener el mundo de la vida permanentemente iluminado y la de protegernos contra el olvido del ser ¿la existencia de la novela no es hoy más necesaria que nunca?" (2). Por supuesto que podríamos decir lo mismo acerca de los relatos de pacientes, en aparentes vías de extinción, que nos recuerdan la diferencia existente entre un médico neurólogo y un psiquiatra, protegiéndonos contra el olvido de nuestra identidad puesta en jaque hoy tanto por el biologicismo cuantificador como por un pretendido naturalismo sociológico.

Volver al modelo narrativo puede significar, en tiempos de atención gerenciada y clasificaciones omnipresentes, un gesto de independencia que libere no solo al terapeuta sino también a su paciente, ya que ambos están sujetos al "olvido del ser" que cosifica los encuentros y desnaturaliza las intervenciones. La utilización de este modelo evita que caigamos en el "torbellino de la reducción" donde el mundo de la vida "se oscurece fatalmente y en el cual se cae en el olvido" (2). Podemos agregar que constituye una demanda a la necesidad de que los terapeutas lean, como una apelación a que puedan combatir a través de la lectura los monstruos de su alma y de la de sus pacientes; en este sentido, utilizar un cuento largo que haga las veces de material clínico también busca despertar la curiosidad de la mayor cantidad de colegas posible, desde ya evitando cualquier exceso de optimismo, contradicho de manera muy evidente por la escasa cantidad de libros de la especialidad que se publican en nuestros tiempos. Está de más aclarar que aquellos que decidan leer las cincuenta páginas que componen el cuento sacarán un mayor provecho de la lectura de este trabajo. Con la misma lógica, Jonathan Franzen se pregunta si es posible que una narrativa mejor pueda salvar al mundo; la respuesta es que siempre existe una

mínima esperanza (a veces ocurren cosas raras), pero la respuesta es que no, no puede. Sin embargo, continúa diciendo nuestro autor, hay bastantes posibilidades de que nos salve el alma (3).

En esta ocasión hemos resuelto darle descanso a Philip Roth, un abonado a nuestras presentaciones, y nos inclinamos por uno de los cuentos más conocidos de Alice Munro: "Ver las orejas al lobo" (que incluso fue llevado al cine en el año 2007, en una película que altera el equilibrio del relato dirigida por Sara Polley, con la siempre sugerente Julie Christie en el papel principal), incluido en su libro de 2001 *Odio, amistad, noviazgo, amor, matrimonio* (4). Podemos argumentar que nuestra elección es bastante obvia, ya que el mundo construido por esta autora está caracterizado por una profundización en los personajes y sus circunstancias heredera de Welty, Mansfield y Porter; en palabras de ella misma: "Me gusta contemplar la vida de la gente a lo largo de una serie de años sin continuidad. Como si los captara en instantáneas. Y me gusta la forma con que la gente guarda relación o no con quien era anteriormente. No veo a la gente en un desarrollo que llega a algún lugar" (5); este párrafo es ideal para introducirnos en tema, ya que la fuerza de una institucionalización es mucho mayor que la de una mudanza, asemejándose más a una migración, con su componente de desarraigo sobrevolando todo el proceso, a punto tal que a veces no se remarca lo suficiente que las vidas de aquellos involucrados en estos procesos, para bien o para mal, no vuelven a ser las mismas.

Franzen, uno de los más elogiosos fans de Munro, afirma que nuestra autora es la mejor escritora de narrativa actualmente en activo en América del Norte; vale la pena que nos detengamos brevemente en algunas de sus argumentaciones: "(...) su tema son las personas (...) si uno lee ficción sobre un tema enriquecedor como el arte renacentista con toda seguridad se siente productivo. Pero si la narración está ambientada en el mundo moderno, si las preocupaciones de los personajes nos son familiares, y si nos implicamos tanto en el libro que no podemos dejarlo a la hora de acostarnos, se corre el riesgo de creer que solo estamos entreteniéndonos" (3).

Conocida como la "Chejov canadiense" construye sus relatos en forma no lineal, desafiando permanentemente al lector a encontrar el sentido tanto de lo dicho como de lo no dicho (por esta circunstancia Polley fracasa en la transcripción cinematográfica del relato); cumple a rajatabla con el enunciado de Kundera, ya que desaparece totalmente tras su obra, renunciando al papel de mujer pública y hablando solamente a través de lo que escribe (son escasos los reportajes que ha brindado, un poco más después de haber obtenido el Nobel).

Un elemento que no debiera pasar desapercibido al lector atento es que la obra de esta autora se centra en el placer de contar una historia, brindándonos un maravilloso ejemplo de amor por sus personajes sin renunciar en ningún momento a criticarlos y a ponerlos en su lugar; este patrón puede ser de utilidad al clínico a la hora de tener que construir un relato, arte en peligro de extinción debido, entre otras cosas, a la escasez de maestros, ya que las nuevas generaciones de docentes tam-

poco fueron instruidas en los secretos de esta técnica, reemplazada de manera muy vaga y dubitativa por los reportes de síntomas de la medicina general. A manera de resumen de este apartado no es exagerado concluir diciendo que aquellos interesados en aprender a escribir historias de pacientes deberían leer a Alice Munro, su manejo de los recursos narrativos, los giros imprevistos, las profundidades sorprendentes que alcanza y, como dice Carbajosa, la preferencia por una expectativa más que por un asombro la colocan en el mismo camino que Jorge Luis Borges (5).

Otra clave para la lectura que consideramos necesario conocer y que está presente en el cuento seleccionado es la capacidad de no condenar las conductas humanas, sino más bien tratar de ponerlas en perspectiva; en palabras de Jonathan Franzen : “ (...) hay que perdonar a todo el mundo y no condenar a nadie. De lo contrario uno podía pasar por alto aquel suceso poco probable, aquella posibilidad remota, que abre una vida de par en par (...)” (3). Tener en cuenta estas coordenadas cuando estamos hablando de institucionalización, envejecimiento y Alzheimer nos parece fundamental ya que, como hemos planteado en trabajos anteriores, la consideración del proceso de envejecimiento como una enfermedad, creencia muy extendida hasta hace no demasiado tiempo implicaba que era imposible establecer la comunicación necesaria entre los viejos y el mundo, ya que el declive intelectual, que siempre estaba presente, era considerado un obstáculo insalvable.

Para avanzar por el camino que estamos intentando plantear es necesario trascender el diagnóstico de la biomedicina y recalar en diferentes modelos de envejecimiento alejados de la mirada viejista y estigmatizante; autores como Munro, Roth, Franzen, Tyler, Styron, Updike, Moore y tantos otros, nos proponen en sus novelas y relatos imágenes de la vejez alejadas de los estereotipos, ideales para imaginar diferentes hipótesis acerca de este tema. Es fundamental que medicina y psicología se distancien de las miradas que equiparan vejez con enfermedad, las historias ofrecen múltiples entradas para comenzar a pensar el envejecimiento desde lugares mucho más enriquecedores para los profesionales y sus pacientes que los estereotipos habituales, que solo contribuyen a conservar vivo al prejuicio que separa a los viejos del resto.

## La historia

Un marido decide internar a su mujer en una institución geriátrica debido a que la misma padece Alzheimer y se le hace imposible sostener los cuidados que la misma requiere. Después de un tiempo de adaptación de treinta días en el que no puede ser visitada, Fiona consigue un novio entre los ancianos internados, comenzando a desinteresarse por Grant, desconociéndolo y pasando a considerarlo un desconocido que la visita con regularidad.

En un primer movimiento típicamente Munroviano nos enteramos que el esposo engañó de manera sistemática a su esposa, recordando estos tiempos como los más felices de su existencia; asistir a la “infidelidad” de Fio-

na reactiva sus propias infidelidades, sumiéndolo en un trance de tristeza y desorientación, del que se recupera momentáneamente durante las visitas a Lago del Prado.

Segundo movimiento Munroviano: la esposa del novio de Fiona lo retira de la institución, llevándolo nuevamente a su casa; este hecho determina que la novia se deprima profundamente, entrando en un estado prácticamente de abandono. Grant queda desolado por su mujer, su historia lo hace sentirse culpable y siente que tiene que hacer algo.

Grant visita a Marian para pedirle que lleve de vuelta al novio al geriátrico, al menos para visitar a Fiona; ella se niega poniendo por delante motivos de organización y sobre todo económicos, ya que en caso de hacerlo no podría seguir manteniendo el nivel de vida que lleva. Las reflexiones del marido de regreso a su casa son impagables, proponen una tensión que dejo planteada para que el lector curioso se vea forzado a visitar el texto original y sacar sus propias conclusiones.

Último movimiento doble: cuando Grant llega a su casa halla un mensaje de Marian en su contestador, invitándolo a un baile en el pabellón de la Legión Americana y se encuentra a sí mismo fantaseando con el cuerpo de ella. Todavía hay una última vuelta de tuerca más, pero para finalizar la reseña digamos que la historia queda abierta, como la vida misma (como diría Lorrie Moore) (6).

## El análisis

*“(...) supongo que tendré que ir siempre arreglada. O semi-arreglada, será como estar en un hotel... años atrás habían ido unas cuantas veces a Lago del Prado, a visitar al señor Farguar, el viejo que en otros tiempos era su vecino... solo hablaba de las rutinas del lugar, y ellos comprendieron que sus visitas, aunque gratas, eran para él una carga social...-Ya sabes lo que tendrás que hacer conmigo, ¿no? Tendrás que meterme en ese lugar, Lago del llano. -Lago del Prado-dijo Grant-. Todavía no hemos llegado a esa etapa. -Lago del Llano, Lagoleno-continuoó ella, como si jugaran a competir-. Lagolelo. Es Lagolelo...”.* Ya desde el comienzo aparece claramente delineada la mudanza al geriátrico como la exploración de un territorio desconocido, aunque iluminada por fantasías a partir de, en este caso, una visita anterior. Va le la pena leer y releer la primera página, donde hay un resumen de prácticamente toda la vida de la pareja; la institucionalización es un cambio que inevitablemente resignifica todos o casi todos los movimientos vitales significativos anteriores de la familia, con una carga afectiva que no debiera ser minimizada. Podemos decir que si la vida no fue buena es muy difícil que el pasaje a la institución lo sea.

*“Se paraba en los umbrales intentando adivinar adónde iba. Se olvidaba de encender la hornalla bajo las verduras y de poner agua en la cafetera. Le pregunto a Grant cuándo se habían mudado a esa casa: ¿el año pasado o el anterior? Hace doce años, es asombroso (...). Fiona, que ya no iba sola a comprar, desapareció del supermercado en el momento que Grant estaba de espaldas. Un policía la encontró a varias manzanas de distancia, caminando por el centro de la calle. Le preguntó cómo se llamaba y ella le respondió enseguida. Luego le preguntó cómo se llamaba el primer ministro del*

país: la verdad joven, si usted no lo sabe, no debería tener un trabajo de tanta responsabilidad (...)" . La memoria es una caja de Pandora, llena de sorpresas y encuentros inesperados; su exploración debe ser detallada y minuciosa ya que fantasmas del pasado se cruzarán con figuras del presente en un caleidoscopio sin final. El neuropsicólogo será el encargado de cuantificar y medir la devastación, mientras que a la familia, al terapeuta y a los cuidadores les cabrá la delicada misión de acompañar al que se está extraviando en su jornada a través del olvido. La prosa de Munro tiene una conexión directa con los olvidos de Fiona, detenernos en estas páginas nos permite acercarnos a sus emociones y al asombro que experimenta en la certeza de que el mundo cambia al mismo tiempo que ella está perdiendo el control.

"Los residentes nuevos tenían prohibidas las visitas durante los primeros treinta días. La mayoría necesita ese plazo para aclimatarse. Antes de que se estableciera la norma había súplicas, lágrimas y rabietas, incluso entre los que habían ingresado por voluntad propia. Al tercer o cuarto día empezaban a quejarse y a rogar que los llevaran a casa. Y, como algunos parientes eran sensibles a esas peticiones, había gente que volvía a su hogar en el mismo estado en que había llegado. Al cabo de seis meses, o de solo unas semanas a veces, había que pasar de nuevo por todo ese jaleo fastidiosos...Lago del Prado es su hogar (...). Desde luego eso no vale para los de la segunda planta, a quienes no podemos dejar salir. Resulta demasiado difícil y de todos modos no tienen conciencia de donde están (...). Pensó que debía descubrir qué sucedía en el segundo piso, donde tenían a los que se les había ido del todo la cabeza. Por lo visto, a los que deambulaban por los corredores hablando solos, o haciendo preguntas a cualquiera con quien se cruzaran (¿no me he dejado el suéter en la iglesia?), solo se les había ido un poco (...) las puertas de arriba estaban cerradas y solo el personal tenía las llaves (...) ¿Qué hacían, una vez que se les iba la cabeza?". En este largo párrafo quedan resumidos tres de los más grandes temas de los procesos de institucionalización, insuficientemente problematizados a nuestro juicio: ¿tiene sentido prohibir las visitas por decreto?, ¿no existe el análisis de cada situación?, no conocemos ninguna investigación que analice las emociones y los sentimientos de aquellas personas que además de mudarse a una institución se les restringe la capacidad de interactuar con sus afectos cercanos, ¿cuál será el impacto de esta decisión en aquellos disminuidos cognitivamente?, preguntas que surgen de la lectura de Munro. El fantasma que recorre muchos hogares es el terror a ser trasladado a la "segunda planta", el lugar adonde van aquellos que necesitan una atención especializada, que han perdido el control por completo de sus coordenadas vitales, de su destino, para ponerse totalmente en manos de cuidadores profesionales. Por último, y relacionado con el fragmento anterior, uno de los dilemas éticos, morales y filosóficos más delicados de la actualidad: ¿existe algún ser humano que haya perdido totalmente la conciencia, que "no tenga conciencia de donde está"? Nuestra opinión (y la de varios más) es que no, que tal cosa no sucede, lo hemos planteado en diversos artículos, en consonancia con trabajos de Post, Whitehouse, George, Kitwood y Hughes por lo que no lo desarrollaremos en este apartado, sim-

plemente dejamos planteada nuestra posición en estos tiempos hipercognitivos donde los valores sociales pasan por mantener intacta las capacidades intelectuales, dejando de lado elementos como la solidaridad, la compañía y la compasión (7).

"(...) era el momento de intimidad más activa, aunque también estaban, claro, los cinco o diez minutos de ternura física tras meterse en la cama, algo que pocas veces terminaba en sexo pero que les confirmaba que el sexo no se había acabado todavía (...) y de engañar a Fiona -y desde luego la había engañado-, pero ¿habría sido mejor que hubiera hecho lo que otros con sus esposas y la hubiera abandonado? (...) mezclados con el rumor de las hojas y el gorgoteo del agua, se oían las risas y los susurros de Fiona (...) el bronceado color avellana de la cara y el cuello continuarían en el escote, que debía de ser profundo, arrugado como papel crepe, oloroso y cálido (...) en eso podía pensar mientras marcaba el número que había apuntado. En eso y en la sensualidad práctica de su lengua de gata. En sus ojos de gema (...)". Munro no le escapa al tema de la sexualidad (incluyendo la genitalidad) en la vejez y en las instituciones, todavía un continente bastante poco explorado. Veamos un ejemplo: en una producción con material escrito y fotográfico publicada en el diario El País de España en enero del 2011, Sánchez Mellado escribe que el sexo en la vejez es quizás uno de los últimos tabúes que permanecen intactos, después de todas las revoluciones sexuales del siglo XX y hasta bien entrado el XXI. La autora relata en dicha nota que ningún modelo de ninguna agencia de España (país de origen de la glosa) quiso aceptar un trabajo que implicaba posar desnudo tocándose, besándose y acariciándose con sus arrugas, sus carnes maduras y con las manchas atribuidas a la edad; tampoco ninguno de la docena de veteranos actores y actrices a los que se invitó a participar. Hasta llegaron a consultar a socios de clubes naturistas que también rechazaron la propuesta. La misma Sánchez Mellado plantea que la respuesta a esta situación puede estar dada en que si bien la sexualidad de los jóvenes y los adultos de mediana edad se da por supuesta, la de los mayores se da por extinta. Se tiende a pensar que en un determinado momento entre los sesenta y los setenta años se acabó lo que se daba: los abuelos, lo sean o no, pasan a considerarse seres asexuados. Los besos húmedos, la pasión, los orgasmos, las caricias íntimas, los gemidos son palabras mayores que la mayoría prefiere ignorar. Es dado por imposible, no entra en la cabeza o es de mal gusto pensarlo siquiera, cosa de viejos verdes (8). En esta línea plantean que uno de los hallazgos del estudio llevado adelante por George Vaillant en la Universidad de Harvard, muestra que los médicos no preguntan lo suficiente acerca del sexo a sus pacientes. Avanzan aún más en este argumento sosteniendo que la posibilidad del profesional de profundizar en estas cuestiones está directamente ligada a su propia vida sexual, específicamente a los logros y a los fracasos que la hayan caracterizado. Intuimos que le será muy difícil a aquel que no esté conectado con su propia sexualidad poder acompañar a sus pacientes a través de un terreno imbuido de prejuicios, falsas creencias, estereotipos sociales y discriminación (9).

"(...) era Fiona quien al parecer se acostumbraba a él, aunque solo como a una visita persistente con un interés especial por ella. O quizás incluso como un pesado a quien, según sus viejas normas de cortesía, había que evitar que supiese que lo era. Lo trataba con una amabilidad distraída y educada que a Grant le impedía hacer la pregunta más evidente, la más necesaria. No podía preguntarle si recordaba que era su marido desde hacía casi cincuenta años". En este fragmento queda reflejada una de las situaciones más angustiantes, terroríficas podríamos decir, que se dan en el mundo de aquellos que están olvidando: el momento donde las personas comienzan a no ser reconocidas, ocasionalmente o en forma definitiva quedando planteada a partir de ese momento una lógica de vida diferente en donde hay alguien que sabe quién es el otro y hay un otro que desconoce quién es ese alguien, habitando una realidad paralela con sentidos misteriosos y hasta inaccesibles; se configura un verdadero desafío para el cual existen escasos puntos de referencia, ¿cómo es encontrar una forma de redefinir y reciclar los vínculos modificados por los olvidos? Quizás un buen punto de partida sea retirar la cognición del altar de los valores absolutos de nuestra sociedad; en palabras de David Schenk la medicina nos aporta herramientas para mantenernos vivos, pero no es capaz de ayudarnos con respecto al arte de vivir, el desafío es escapar de los confines médicos de la enfermedad y constituir una nueva humanidad en el camino (10). George y Whitehouse plantean que cada intervención psicosocial es también una intervención biológica; leer un libro, contar una historia o ser parte de un proceso de psicoterapia produce cambios en el cerebro, por lo que no deberíamos discriminar este tipo de intervenciones relativizándolas como meros divertimentos para ocupar el tiempo de los viejos. Estos autores continúan diciendo (analizando el trabajo realizado por Whitehouse en Cleveland) que no necesitamos un cerebro que funcione al 100% de sus posibilidades para disfrutar de la música, el arte o de una buena historia, es necesario cambiar los paradigmas de la biomedicina por otros que incorporen una mirada más humanista, comprometiéndose a lo que ellos llaman la imaginación moral en la tarea (11).

"(...) quienes recibían visitas iban en sillas de ruedas, cojeaban apoyados en un bastón o caminaban con rigidez, sin ayuda, a la cabeza de la procesión, orgullosos del logro pero con la mirada perdida o babeando irremisiblemente por el esfuerzo (...) y con qué alegría, con cuánta presteza, un hermano mayor o el padre se ofrecían a sacarlos de allí, con lo cual se libraban de la visita (...) por mucho que se hubieran afeitado las barbillas femeninas, que se escondieran con parches o gafas oscuras los ojos enfermos, que se controlaran con medicamentos las palabras intempestivas, persistía cierta fijeza en la mirada, una rigidez torturada, como si esos seres se contentaran con convertirse en recuerdos de sí mismos, fotografías finales." La vulnerabilidad y la fragilidad imperante en las instituciones hacen que la vejez y la enfermedad se confundan, ya que prácticamente todos los ancianos institucionalizados presentan algún tipo de hándicap, físico o psíquico, que condiciona el proceso y dispara reflexiones semejantes a las transcritas del cuento; la combinación entre vejez, limitaciones físicas y olvidos es muy difícil de soportar, la institución amplifica el panorama y plantea un escenario mucho más complejo y difícil de categorizar, ya que los visitantes se enfrentan no solo al envejecimiento familiar, sino también a todos los envejecimientos del resto de los huéspedes.

Para terminar (final abierto, a la manera de Munro) me pongo nuevamente en manos de Jonathan Franzen, que nos propone una mirada que creo vale la pena compartir: "(...) y si esa persona ofendida por la mentalidad abierta de Grant -por su falta de fe, su autocomplacencia, su vanidad, su estupidez- no fuera una desdichada desconocida sino su propia hija? ¿Una hija cuyo juicio parece el juicio de toda una cultura, de todo un país, al que de un tiempo a esta parte le ha dado por acogerse a los absolutos? ¿Y si el gran regalo que le has dado a tu hija es la libertad personal y ella, cuando cumple veintiún años, lo usa para darse la vuelta y decirte: tu libertad me da asco, y tu también?"

**Conflictos de intereses:** El autor declara no tener conflictos de intereses con la industria farmacéutica. De los otros, tiene muchos ■

## Referencias bibliográficas

1. Mantaras G, Matusevich D. Métodos cualitativos en psiquiatría: utilización del "relato de vida" para el estudio del suicidio en la vejez. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* Nº105 - Septiembre/Octubre 2012. Pag. 359-363.
2. Kundera M. El arte de la novela. Tusquets Editores. Barcelona: 2006.
3. Franzen J. ¿Cómo estas tan seguro que no eres el maligno? En: Franzen J. Más afuera. Salamandra. Barcelona: 2012.
4. Munro A. "Ver las orejas al lobo". En: Munro A. Odio, amistad, noviazgo, amor, matrimonio. RBA. Barcelona: 2009.
5. Carbajosa M. Alice Munro. El dominio del cuento. *Espéculo. Revista de Estudios Literarios.* 2010, Universidad Complutense de Madrid.
6. Moore L. Como la vida misma. Salamandra. Barcelona: 2003.
7. Matusevich D, Pisa H. Deterioro cognitivo: la identidad de los olvidados. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.*, 2013, Vol. XXIV, pp. 104-113.
8. Sánchez Mellado L. El último tabú. Sexo a partir de los 60. *El País Semanal*, Nro. 1789, 50-56, 2011.
9. Martín-Joy J, Vaillant G. Recognizing and Promoting Resilience. En: Depp C, Jeste D. Successful Cognitive and Emotional Aging. *American Psychiatric Publishing.* Washington. 2010.
10. Schenk D. The forgetting. Random House. New York: 2001.
11. Whitehouse P, George D. The myth of Alzheimer's. Mc Millan Books. New York: 2008.

# Limitaciones del paradigma biomédico en las instituciones geriátricas

**María Laura Robledo**

*Médica geriatra*  
*E-mail: mlaurarobledo@yahoo.com.ar*

**Cecilia Cabello**

*Médica geriatra*

**Silvina Dahl**

*Médica clínica*

---

## Resumen

La percepción social del envejecimiento vinculada con la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas, que determinan en muchos casos la institucionalización de los adultos mayores en residencias geriátricas, genera que la atención médica esté determinada por un modelo biomédico, centrado en factores orgánicos, como condicionantes de la enfermedad. La enfermedad no es una condición aislada en una persona, sino que tiene una dimensión subjetiva y social; es por eso que la historia biográfica se convierte en el principal referente en la atención de los adultos mayores.

Las personas experimentan su enfermedad dentro de una narrativa que le da sentido a sus vivencias, lo cual no está contemplado en el modelo biomédico, donde los factores psicosociales que influyen en el desencadenamiento o en el mantenimiento de la patología son desconsiderados.

Este artículo intenta hacer una revisión del problema que se presenta cuando la atención de los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas está centrada en el modelo biomédico.

**Palabras claves:** Instituciones geriátricas - Modelo biomédico - Narrativa - Historia biográfica.

## LIMITATIONS OF THE BIOMEDICAL PARADIGM IN GERIATRICS INSTITUTIONS

### Abstract

The social perception of ageing related to the loss of both physical and psychological functions that determine in many cases the institutionalization of the elderly in nursing homes, leads to a medical care focused on a biomedical model, centered on organic factors as determinants of the illness.

Illness is not an isolated condition in an individual, but has a subjective and social dimension. For this reason the biographic history becomes the main reference point in the care of the elderly.

People experiment their disease within a narrative that gives a meaning to their experience; but this is not considered by the biomedical model, where the psychosocial factors that influence the onset or progression of the pathology are disregarded.

This article attempts to explore the problem that arises when the care of the elderly that reside in geriatric institutions is centered on the biomedical model.

**Key words:** Geriatric institutions - Biomedical model - Narrative - Biographical history.



## Introducción

El envejecimiento es un proceso que está en relación directa con cambios biopsicológicos interpretados por una cultura que le da una significación, en un contexto particular y cambiante. En este contexto, la percepción social sobre la vejez suele estar ligada al deterioro, a la falta de desarrollo y a la dependencia, esté o no atravesada por algún tipo de enfermedad.

Esta mirada, en donde prevalece el deterioro y la disminución de las capacidades (físicas y/o intelectuales), coloca a los adultos mayores en un lugar de cuidado, donde el protagonismo lo tiene el modelo asistencial y, con ello, el paradigma biomédico. Es decir, el foco está en el cuidado de la persona y en el tratamiento de la enfermedad.

Siendo críticos de este paradigma y convencidos de que la forma de abordaje debe ser mucho más amplia, es que creemos que la Medicina debe pensarse de una manera diferente al modelo clásico y tradicional. Sería desafortunado creer que la enfermedad es una situación aislada en una persona y que los médicos solo tratamos enfermedades. Las personas llegan a la consulta atravesadas por una historia de vida, una historia social, familiar, económica, laboral, etc. Es la historia biográfica la que construye la identidad del individuo. El modelo biomédico desarma los relatos porque el foco está puesto en las enfermedades, no en las personas. Según Sacks (1) "nosotros tenemos, todos y cada uno, una historia biográfica, una narración interna, cuya continuidad, cuyo sentido es nuestra vida. Podría decirse que cada uno de nosotros edifica y vive una "narración" y que esa narración es nosotros, nuestra identidad" (1).

La biografía se convierte en el principal referente de la atención y del trato personalizado. Ésta puede ser definida como el conjunto de informaciones recogidas, identificativas y significativas de las trayectorias vitales del individuo.

Esta visión de la Medicina complementa la visión médico-técnica con la visión desde el paciente, basada en las subjetividades, es decir, lo que la persona *siente* que es su enfermedad. Y entonces, más que un interrogatorio es necesario –en palabras del Dr. Paco Maglio- un "escuchatorio" que nos permita conocer la experiencia social del padecimiento del paciente, más allá de lo biológico (2).

En este sentido, se presentará un hipotético caso clínico (un posible ingreso) de una residencia de larga estadía. Cabe aclarar que esta es una situación frecuente en nuestra práctica asistencial y, por este motivo, consideramos la posibilidad de extrapolar lo que se desarrollará a otros ámbitos caracterizados por una estadía prolongada. El objetivo es analizar y confrontar las diferentes miradas que se tiene sobre un mismo tema: la del médico que describe un conjunto de síntomas y signos que surgen del interrogatorio y del examen físico, y los significados, sensaciones y sentimientos que experimenta el paciente.

## Caso clínico

Historia clínica: El señor J. R., de 78 años, lúcido, presenta enfermedad de Parkinson de 12 años de evolución,

con fluctuaciones motoras severas caracterizadas por episodios on-off, fenómeno de fin de dosis, y *freezing*. Presentó efectos adversos a la amantadina (edemas y livideces) y al pramipexol (ludopatía). Presenta trastornos en el sueño, principalmente insomnio, y trastornos del ritmo evacuatorio. Se sugiere seguimiento neurológico, psiquiátrico, kinésico, fonoaudiológico y clínico. Requiere asistencia para las AVD. Posee certificado de discapacidad. Antecedentes: enfermedad coronaria, IAM en 2001, 2 stents. Otros datos relevantes: viudez reciente, ocupación anterior: contador. Medicación habitual: levodopa/benserazida, entacapone, ropirinole, lorazepam, atorvastatina, aspirina, carvedilol, pregabalina.

Durante la entrevista, el Sr. J. R. expresa: *"Es muy difícil poder expresar todas las sensaciones y síntomas, la qui-jotesca lucha que se establece entre la fuerza de la voluntad en pro de valerme por mi mismo, tratando de evitar la dependencia humana y farmacológica, los altibajos anímicos que se producen durante el día y la noche, el insomnio, la alternancia entre la constipación y las explosivas deposiciones, los episodios que el médico llama on/off y freezing, el esfuerzo para no sentirme diferente al otro, la discriminación que te va llevando la enfermedad. El aislamiento, lento, progresivo y contradictorio, el esfuerzo puesto al servicio del movimiento. Como contrapartida, las ideas brotan y brotan, como si la mente tuviera un antiparkinson, tan disociada de mi cuerpo, la actitud corporal, la lateralización, el babeo constante. Los pensamientos negativos, el sentirme en deuda con todo el mundo que me da una mano, la alimentación oral compulsiva, el gasto compulsivo...las broncas con el otro que no son más ni menos que las broncas conmigo mismo. La disociación que veo entre lo que pienso, sueño, digo y lo que termino haciendo."*

¿Qué le pasa a ese sujeto que está atravesando un proceso de enfermedad crónica y degenerativa? ¿Con qué herramientas cuenta para adaptarse a esta nueva situación, ser viejo y estar enfermo? ¿Cuál es el conocimiento que debe tener el profesional para acompañar en este proceso?

## Cuestiones teóricas

¿De qué manera el modelo biomédico continúa estando vigente en la práctica diaria, cuando nos referimos a la atención de nuestros pacientes? Los factores psicosociales que influyen en el desencadenamiento o en el mantenimiento de la patología son desconsiderados, para darle prioridad a un sistema determinado exclusivamente por el paradigma médico (3). La mayor fuente de información que los profesionales adquirimos de los pacientes está relacionada con los diferentes estudios complementarios (laboratorios, tomografías, etc.), pero poca es la información psicosocial que se recibe de la persona.

Si bien la entrevista clínica (4) es la intervención utilizada con más frecuencia en la práctica médica y la relación médico-paciente es una de las bases en las que se apoya el cuidado de la salud, la formación profesional en las habilidades de comunicación es -en la mayoría de los centros de formación- difusa, fragmentada y considerada como una parte menor (si se la compara con el

énfasis puesto en el entrenamiento de competencias en otras áreas como la anatomía, la semiología o la farmacología).

Según un estudio de Beckman y Frankel (4), los médicos interrumpimos a nuestros pacientes a los 18 segundos, en promedio, mientras relatan su problema; aquellos que no son interrumpidos no se explayan por mucho más tiempo. Podríamos pensar que, siguiendo el modelo médico, han aprendido la conveniencia de ser breves en el relato de sus padecimientos.

Como expresa Francisco "Paco" Maglio en su libro *La dignidad del otro: Puentes entre la biología y la biografía*, para el paciente, el médico es un técnico con guardapolvo que extiende recetas, y para el médico, el enfermo es un "libro de texto", con signos y síntomas que hay que interpretar y codificar.

La deshumanización de la práctica médica, y la insatisfacción tanto de los pacientes como de los médicos, generan nuevas formas de pensar el modelo de atención. Diversas corrientes provenientes del campo de las ciencias humanas critican el modelo biomédico, por ser un modelo reduccionista y por presentar las enfermedades como hechos exclusivamente naturales, despojándolos de su categoría de hechos socio-culturales.

Como señala Stagnaro: "estas críticas no pretenden, obviamente excluir ni restar importancia a la dimensión biológica sino que ponen énfasis en señalar la necesidad de construir un paradigma médico que no incluya lo biológico como hegemónico en el pensamiento médico" (5).

## Discusión

Como se observa en el caso clínico, el contraste de ambas visiones de un mismo tema, la del médico y la del paciente, no solo el diagnóstico se codifica por el relato de los pacientes al hablar de sus síntomas, sino también por la comprensión profunda y terapéutica de las personas que los sufren.

Cada vez más, la Medicina sofisticada que se practica hoy deja insatisfechos a médicos y pacientes, porque vuelve difícil su encuentro y se revela insuficiente para abarcar la experiencia de sus mutuos padecimientos: el de los enfermos, en particular de aquellos que sufren problemas crónicos o de diagnóstico difícil o incierto, y el de quienes tienen a cargo su cuidado, generando en ellos frustración, impotencia o agotamiento.

Probablemente la responsabilidad no sea de los profesionales, sino de un sistema de enseñanza que no los prepara para ampliar la mirada, y abarcar todos los aspectos que condicionan el estilo de vida de un individuo atravesando una enfermedad.

Las habilidades de escuchar, interpretar y reinterpretar con una mirada integral los relatos de los pacientes, no tienen lugar en los programas de formación del médico, tanto en el pregrado como en el postgrado. El énfasis está puesto en adquirir la capacidad de formular el problema del paciente en el formato estructurado y estandarizado que es la historia clínica, donde, de hecho, no hay espacio para la narrativa del mismo (6).

Seguramente, factores económicos y empresariales influyen en la organización de los servicios de salud e instituciones geriátricas y conceden cada vez menos tiempo a la entrevista médica. Por otra parte, el aumento de la atención de enfermedades crónicas, con las que se convive por años, ponen a médicos y pacientes en relaciones prolongadas en las que las capacidades de comunicación y de compartir/acordar elecciones éticas de tratamiento y cura resultan cada vez más necesarias (6). El caso clínico es un ejemplo más, de la falta de información que provee la mirada unicista del modelo biomédico, en donde el paciente aparece volcado en una historia clínica basada en patologías y manifestaciones orgánicas. Sin embargo, las personas experimentan su enfermedad dentro de una narración que le da significado a lo que están sintiendo. Los médicos interpretan esos mismos acontecimientos desde las categorías que les provee la ciencia, suponen que ven las cosas como son, pero en realidad lo hacen desde un marco interpretativo.

Comprender el contexto narrativo de la enfermedad a través de una escucha empática por parte del médico permite acercarse no solo a la patología, sino al problema del paciente de una manera integral, accediendo al verdadero proyecto de vida del paciente, su "motor" para vivir tanto en la salud como en la enfermedad.

Por otro lado, y centrándonos en la atención de paciente mayores, y mucho más, si nos referimos a la atención en residencias de larga estadía, debemos tener en cuenta que las diferencias interindividuales son una característica del envejecimiento, por lo que rompen con el tópico de la uniformidad y hacen indispensable que la atención sea individualizada. Cada persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológico y sociales. Reconocer la singularidad de la persona es imprescindible para la atención personalizada, una atención que ha de concretarse en un plan individual en coherencia con cada proyecto de vida donde la persona participe y ejerza control (7).

Las modificaciones que ocurren en la vejez en sus diferentes esferas obligan al sujeto a ir reformulando la apreciación, el concepto de sí mismo y de su propia identidad. Si este proceso de reconfiguración es atravesado por una enfermedad degenerativa, crónica e incapacitante como en este caso es la enfermedad de Parkinson, el sujeto puede encontrarse en una situación de gran vulnerabilidad. Es por esto que la mirada del profesional debe ser mucho más amplia, alejándose del paradigma biomédico.

Por otro lado, es importante entender que las enfermedades en la vejez, más que en cualquier otra etapa de la vida, hacen aparecer en el imaginario individual el fantasma de la dependencia, la discapacidad, el miedo a sobrecargar a la familia, al aislamiento social, la desvalorización, y la muerte. El envejecimiento alude a la noción de finitud, de pérdida de roles, de prejuicios sociales, a cambios a nivel de la imagen y del cuerpo que pondrán a prueba los lazos narrativos y podrán requerir un significativo trabajo de configuración que facilite la integridad de la identidad-persona (6, 7, 8).

## Conclusión

Cada individuo tiene una trayectoria vital propia, que la diferencia: una biografía que comprende un pasado, que contextualiza su presente y determina, al menos en parte, su futuro. Una trayectoria vital trazada desde el contacto del individuo con su medio y que ha sido construida fundamentalmente desde la relación social. Este es el hecho que hace que cada persona sea única y, por tanto, deba ser tratada desde su singularidad (9). Esto cobra una especial relevancia cuando la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad, atraviesa-

da por una enfermedad crónica, discapacitante, que la pone frente a una mayor indefensión, y suele depender del apoyo y decisiones de los demás.

En este sentido, creemos que cualquier tipo de intervención debe estar orientada a potenciar aquellos recursos personales y sociales que ayuden al sujeto a afrontar positivamente los cambios, reafirmando su propia identidad. Es por esto que el trabajo con adultos mayores, y en particular los que residen en instituciones geriátricas, no puede entenderse de otra manera que no sea en el sentido psicosocial, haciendo que el clásico modelo biomédico sea insatisfactorio ■

## Referencias bibliográficas

1. Sacks O. Una cuestión de identidad. En: El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Muchnik Editores, 1987.
2. Maglio F. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. 2da ed. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2011.
3. Salvarezza, L. (comp.). La vejez. Una mirada gerontológica actual. 2ª reimp. Buenos Aires: Paidós, 2005.
4. Durante E. La entrevista clínica: una aproximación metodológica. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, editores, et al. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: Panamericana, 2001.
5. Stagnaro JC. Biomedicina o Medicina Antropológica. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2002, Vol. XIII: 19-26.
6. Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* Vol. 26 Nº 1, marzo 2006.
7. Martínez Rodríguez T. La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2001.
8. Rodríguez Rodríguez P. "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].
9. Resumen sobre identidades y envejecimiento. Cátedra: Iacub. "Identidades y Envejecimiento", [www.bibliopsi.org](http://www.bibliopsi.org)

## el rescate y la memoria



# Klaus Conrad: la esquizofrenia incipiente

Norberto Aldo Conti

Klaus Conrad nació en Rekenberg el 19 de junio de 1905; a los cuatro años su familia se trasladó a Viena, donde cursó sus estudios recibiendo de médico en 1929; pasa luego un semestre en Londres, donde recibe una importante influencia de John Hughlings Jackson. A su regreso ingresa en la Clínica Psiquiátrica de Viena bajo la dirección de Otto Pötzl, pero al tiempo se retira para realizar un período de estudios en París, en la Salpêtrière.

En 1933 regresa a Alemania y se incorpora al Instituto de Psiquiatría Kaiser Wilhelm en Munich. En 1940 se afilia al nacionalsocialismo y en 1941 es llamado a servicio como oficial médico.



Klaus Conrad

En 1948 es nombrado profesor de Psiquiatría y Neurología en la Universidad de Saarland y en 1958 pasa a ocupar el cargo de director de la Clínica de Enfermedades del Sistema Nervioso en Göttingen como así también el de profesor de psiquiatría y neurología, su prematura desaparición, el 5 de mayo de 1961, a los 55 años, y solo tres años después de la publicación de su obra más original, impidió que tuviera una mayor interlocución con la psiquiatría de su época, no obstante lo cual la obra en cuestión fue acuñada, desde los años setenta, como un "clásico" de la psicopatología fenomenológica.

Estamos hablando de "*La esquizofrenia incipiente*" el libro que Conrad publicó en 1958 en el cual analiza 117 casos de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos con la singularidad de que todos ellos ingresaron entre los años 1941 y 1942 en el Hospital Militar Alemán, siendo soldados que habían enfermado durante la guerra, "el hecho de que los enfermos estuvieran uniformados también uniformaba las psicosis" sostendrá Conrad en la presentación del material clínico.

Pero, ¿en qué reside la singularidad de esta obra?, ¿por qué aplicarle el mote de clásico? Tal vez no nos equivocamos si decimos que explicita un problema irresuelto en la psiquiatría de mediados del siglo XX (y así presentado también irresuelto en la actualidad), pues comienza diciendo "*La psiquiatría como ciencia, se encuentra en una crisis*" y luego pasa a explicar que la crisis se debe a que el campo del análisis psicopatológico se desarrolla en dos tendencias irreconciliables, que, para avanzar, deben ser superadas. Ve el origen de esta dicotomía en la propuesta metodológica de su maestro Jaspers, para quien, en el campo psicopatológico, es posible alcanzar el conocimiento a través del método explicativo-causal y así remite al sustrato orgánico y lo psicopatológico se transforma

en fisiopatológico ó, en otros casos, es posible aplicar el método comprensivo en la búsqueda de relaciones de sentido y el problema psicopatológico se transforma en hermenéutico. Se sella en estas dos propuestas antagónicas una aporía bifronte de la que Conrad quiere dar respuesta, proponiendo un tercer posible camino:

*"Queremos hacer el intento de abordar de nuevo lo psicopatológico psicológicamente. Nos parece tan equivocado creer que se ha explicado la esencia de una alucinación al registrar su correlación somática en la imagen eléctrica cerebral, como pensar que se ha logrado claridad respecto a ella cuando se cree haber comprendido su sentido a partir del proyecto de mundo de esta existencia. Ambos caminos se salen de lo propiamente psíquico: en un caso hacia lo infrapsíquico, esto es, lo físico, y en el otro hacia lo ultrapsíquico, esto es, lo metafísico. Pero la psicopatología es en primer lugar (...) psicología aplicada (...) lo que se encuentra en el fenómeno es preciso, en primer lugar, analizarlo psicológicamente."*

Pero, ¿de qué tipo de análisis psicológico se trata? Nuevamente recurre a Jaspers:

*" (...) la fenomenología exige dar cuenta de todo fenómeno anímico, de toda vivencia que aparezca en la exploración del enfermo y de sus propias descripciones. En ningún caso debe uno darse por satisfecho con una impresión general y unos pocos detalles elegidos ad hoc, sino que es preciso saber de qué modo se puede comprender y juzgar cada detalle."*

Y luego afirma que ese campo de sutiles descripciones y análisis de vivencia no ha sido agotado y propone transitarlo, renovado, con el método utilizado en estas investigaciones al que denomina *análisis configuracional* o *análisis gestáltico del delirio*, en el cual reconoce explícitamente la influencia de la teoría del campo de Lewin y sus conceptos de "situación", "topología", "fuerzas de campo" y "efectos de barrera".

Hemos seleccionado para esta presentación la descripción completa del "caso Rainer" y la presentación de los conceptos fundamentales que vertebran la obra.

El lector podrá leer y pensar si Conrad alcanzó su objetivo y qué grado de incidencia puede tener su lectura en la actualidad ■



La Esquizofrenia Incipiente, 1ra. Ed. 1958

# La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio. Klaus Conrad (1958)<sup>1</sup>

## El caso Rainer como caso típico de brote esquizofrénico

Nº 69. Rainer N., nacido en 1921, inspector de Hacienda. Procede de un campamento del Servicio del Trabajo del *Reich* en el Sur de Francia, e ingresa el 29 de enero de 1941. Presentaba un grave delirio de referencia. El paciente no se prestaba bien a la exploración, ya que creía constantemente que todos conocían sus pensamientos. Se mostraba en extremo desconfiado, reconocía falsamente a las personas, y desarrolló de forma transitoria un grave estado de agitación que obligó a mantenerle durante días en el departamento de agitados. En las conversaciones que se iniciaron unas ocho semanas después de su ingreso relató, todavía sometido intensamente a vivencias delirantes, lo que se presenta a continuación de modo resumido:

(1) De niño fue sano y aprendió bien. Asistió durante 4 años a la escuela elemental, 3 a la escuela media, un año a la Escuela Superior de comercio, y tres años al instituto de enseñanza secundaria. En la Pascua de 1939 obtuvo su certificado y, de hecho, no pensó en irse de casa. No obstante, ya tenía la impresión de que sus padres le reprochaban el tener que mantenerle durante tanto tiempo. En la actualidad duda de que se tratara realmente de un “reproche”. Es posible que fuera más bien un “estímulo”, porque el padre nunca le había dicho nada a este respecto. Pero algo le presionaba. Además, su padre le había sugerido la carrera de Hacienda como posibilidad que no requería el bachillerato; de modo que pronto se decidió a enviar una solicitud a Leipzig. No quería tener durante más tiempo la conciencia de estar dejándose mantener por sus padres. Fue admitido, pero pronto se arrepintió de este paso, porque su mejor amigo de la escuela terminó dos años más tarde el bachillerato, y ahora podía hacerse oficial-inspector, camino que para él, sin bachillerato, estaba bloqueado. Fue a una academia de Hacienda a prepararse, y después a la Escuela de Finanzas del *Reich* de H., donde aprobó el examen, con lo que comenzó su trabajo como funcionario en calidad de inspector de Hacienda. En octubre de 1940 fue llamado a filas al Servicio del Trabajo. En noviembre de 1940 llegó con su compañía a Francia, donde fueron alojados en un campo de aviación, construyeron calles y talaron árboles.

(2) Él era el de más edad de su tropa. Desde que llegaron a Francia tuvo el sentimiento de que se esperaban de él rendimientos especiales. Se encontraba bajo tensión. Se habló

mucho de ascenso. Él mismo habría seguido con mucho gusto la carrera de oficial, pero como le faltaba el bachillerato tenía que quitarse esa idea de la cabeza. En aquel tiempo pensó y reflexionó mucho sobre si no sería mejor quedarse en el Servicio del Trabajo y seguir allí la carrera de oficial, porque hacía el servicio con satisfacción. Pero también abandonó esta idea, porque ya había aprobado su examen como funcionario de Hacienda. Precisamente en esta época pasaron por su cabeza muchos pensamientos respecto al futuro. En ellos surgía siempre el deseo de la carrera de oficial.

(3) Durante mucho tiempo le pareció como si hubiera algo en el ambiente, pero no podía decir de qué se trataba. Quizá fuera una misión especial. Había rumores de qué era el único del campamento que llegaría a jefe de tropa. Esto “se decía” a su alrededor, y también a sus espaldas. No se mencionaba ningún nombre, pero estaba claro que se referían a él. Por ello le tenían una fuerte enemistad. En todo caso, había envidia. De pronto, todo le era hostil. En un descanso durante un ejercicio, los sacos del pan no estaban dispuestos ordenadamente. El capitán de la compañía le dijo: “póngalos en orden; le hago a usted responsable...”. Era una alusión a su ascenso. Constantemente se hacían alusiones semejantes.

(4) No hablaba con nadie, porque temía la envidia de los demás. Así pasaron dos o tres días. Le miraban, le negaban un trago de la botella, o se lo ofrecían con miradas peculiares. Eran con él todo menos camaradas.

(5) Pronto empezó a oír conversaciones de que por la noche le iban a jugar una “pasada”. Quizá le llevaran al campo y, atándolo a un árbol, le marcarían de algún modo. Quizá, como más tarde creyó saber, le quemarían con un hierro candente con la forma de la hoz y el martillo. También sobre esto le hacían ciertas insinuaciones (ver más adelante). Naturalmente, decidió permanecer despierto por la noche y defenderse. Por la noche, en el dormitorio, todo era sospechoso. Oía claramente, en el crujir del suelo o de las camas, que intentaban acercarse a él. Saltó de la cama cerca de la estufa, con el fin de poder reconocer a sus enemigos en su pálido resplandor. Vio también cómo un punto incandescente –seguramente la punta del hierro al rojo-oscilaba, y precisamente con la forma de un martillo y una hoz. Con ello vio claro lo que intentaban. Al abalanzarse para agarrar a su enemigo, la aparición se esfumó. Detrás de la estufa

<sup>1</sup> Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltsanalyse des Wahns. Verlag, Stuttgart, 1958, 1ra. Edición en español: *La esquizofrenia incipiente*, Alhambra, Madrid, 1963.

había espacio para que alguien pudiera desaparecer. Fuera oyó numerosos pasos de botas. En la barraca vecina había mucho alboroto. Una vez llamaron a la puerta. Alguien con botas pasó junto a la puerta. También oyó el ruido de un tiro de caballos. De todo esto dedujo que fuera también estaban informados. Pero, tan pronto como se levantaba de la cama, volvía a reinarse el silencio en el cuarto, y en cuanto se acostaba se reanudaba de nuevo el “acercamiento”, de modo que volvía a saltar de la cama para estar preparado. Una de las veces encendió brevemente la luz, pero no vio nada. Es posible que aquellos tipos se hubieran echado rápidamente en la cama de otro.

Quizá estuvo la luz encendida durante demasiado poco tiempo, o tal vez no había suficiente luminosidad. Vino la guardia, y él observó enseguida que también tenía “instrucciones”. Había venido ya otras veces para vigilar el fuego, pero esta vez era distinto. Cuando le vieron de pie al lado de la estufa le amonestaron, pero al repetirse esto y encontrarle otra vez, a las cuatro de la madrugada, junto a la estufa y no en la cama, le ordenaron que se vistiera. Quedó arrestado en la sala de guardia. También allí era evidente que “lo sabían todo”. Cuando por la mañana volvió a su barracón, todos estaban al corriente, y reinaba una atmósfera de enemistad. Incluso su mejor amigo le preguntó de modo “inocente” qué le pasaba. Todos le daban de lado. Seguramente, querían ver cómo reaccionaba.

(6) Hoy sabe que todo ello era sólo una amenaza. Hoy se explica las cosas pensando que la época del Servicio del Trabajo fue sólo un período de prueba, y que sería sometido a prueba para la carrera de oficial. Era preciso, sin embargo, tomar una decisión, porque se acercaba el momento del regreso a Alemania.

(7) Aquella mañana no habló con nadie. Se arregló, para lo cual le ponían un obstáculo tras otro. Al hacer la cama se ponían en medio. Cuando fue a lavarse había desaparecido repentinamente el jarro de agua. Si quería ir a algún sitio, le obstruían el camino, hacían gestos y decían cosas. Todo estaba lleno de pequeñas groserías. Eso lo exasperó. Esto continuó también durante el trabajo. Uno agitó un árbol para que la nieve le cayese encima. Al serrar, su compañero no hacía esfuerzo, de modo que todo el trabajo tenía que hacerlo él.

Incluso sus mejores amigos se fueron alejando poco a poco de él y, uno tras otro, le abandonaron. Pronto se quedó totalmente solo. Esto le excitó de tal modo que por fin empezó a llorar. ¡Tanto le afectaba que la buena camaradería se transformase así en odio!

(8) Le llevaron a la enfermería, y el teniente habló con él. Después tuvo la sensación de que se había abandonado el plan de ascenderle. Se le quería poner en evidencia a toda costa. Le ponían trampas para que hiciera el ridículo en público. El ascenso que se tenía pensado había de venir de la comandancia. Si se encontraba comprometido públicamente, tendría que renunciar a él. Esto es lo que intentaban en todo momento. Le metieron en cama y le dieron tabletas con la intención, al parecer, de que de modo artificial le diera fiebre.

(9) De pronto vinieron un médico y unos soldados sanitarios. Tuvo que vestirse otra vez y le metieron en un automóvil. Curiosamente, en el instante en que subía al coche, tuvo la sensación de que querían darle una nueva oportunidad. Para él estaba muy claro que sería sometido

a prueba para la carrera de oficial. Hablaron de papeles y de que tenía que ser llevado a B. Al partir el coche creyó oír cómo el conductor preguntaba: “¿hospital militar o campo de aviación?”. Si era el campo de aviación, es que iba a volar a Alemania para ir a la Escuela de oficiales. Al arrancar el coche, también se dio cuenta de que éste no tomaba la dirección debida, sino que iba de un lado a otro para que él perdiera la orientación.

(10) Le ofrecieron un cigarrillo, y enseguida supo que estaba preparado con alguna sustancia para paralizarle la voluntad o para poder engañarle.

(11) Por la calle veía muchas figuras negras, y con extraña frecuencia les adelantaban o se cruzaban con ellos coches del ejército y motoristas. En una plaza vacía estaba la infantería. Justo al pasar ellos, los soldados hicieron cierta maniobra con el fusil. Esto quería decir que debía tener cuidado. Con frecuencia veía letreros con nombres de lugares que se referían a su vida anterior y que evocaban recuerdos en él. Estaba convencido (y todavía lo está hoy) de que todo esto había sido preparado. El motor empezó a fallar. También esto era algo tramado. El coche se detuvo, seguramente para evitar que llegase a tiempo al avión. El coche se detuvo justamente delante de un letrero del ferrocarril en el que había una “N”. Esto significaba “no”, como señal de que sus esperanzas se habían desvanecido. Pero después siguieron adelante.

(12) Al ir acercándose a B., el paisaje se hizo más amigable, y con ello también su estado de ánimo. El letrero de un pueblo, “Gradigan”, significaba que ahora iban “de nuevo cuesta arriba”<sup>2</sup>. También vio coches con una lona verde, lo cual debía infundirle de nuevo “esperanzas”. Ahora sólo de vez en cuando veía un par de figuras negras. Por lo demás, también la gente que pasaba por la carretera había recibido instrucciones al efecto. Por ello miraban al coche de un modo tan extraño. Al preguntarle si piensa que el nombre de aquel pueblo había sido cambiado con intención de engañarle, vacila y dice que así lo cree, aun cuando, naturalmente, sea atrevido afirmar tal cosa.

(13) Recuperó de nuevo el ánimo y trató de entablar conversación con sus acompañantes, pero éstos contestaban con monosílabos. Seguramente, también durante el viaje habían recibido instrucciones. Cuando, ya en B., un conductor de tranvía hizo un ademán amenazador contra el conductor del coche y le insultó, esto significaba que sus acompañantes no se habían comportado correctamente con él.

(14) En B. llegó al hospital. También allí tuvo al principio una impresión de esperanza. Al retirarle sus efectos personales, el escribiente tenía una carpeta “verde”, y también vio una ficha “verde”. Querían infundirle “esperanza”. Después hubo de acostarse en una cama en una habitación cuyas ventanas enrejadas recordaban a una prisión. Numerosas personas le observaban constantemente. Uno le ofreció un cigarrillo, pero a las primeras chupadas se presentó ante sus ojos algo que revoloteaba. “Ahora es cuando empieza de verdad la función. Hasta ahora sólo era el prólogo”.

El enfermo cuenta la historia con un estado de ánimo ingenuo, casi infantil, pero que a veces se ensombrece con rabia por la forma en que habían jugado con él. En el momento de la conversación, todas estas vivencias tenían para él todavía plena realidad. No existía en aquel momento la más mínima comprensión del carácter patológico de su estado.

(15) Estaba tumbado en una cama junto a la pared. La gente mantenía conversaciones de las que podía deducirse que él se encontraba en un campo de concentración. La impresión de nebulosidad que le produjo el cigarro persistió durante bastante tiempo, y él se esforzaba mucho por luchar contra ello. No obstante, se encontraba como paralizado, y sencillamente no sabía lo que se pretendía. Sólo pasado algún tiempo recuperó una visión clara. "Se me manifestaba una hostilidad casi indisimulada". La gente no sentía en absoluto simpatía hacia él. "Naturalmente, yo no sabía que todo era sólo una prueba".

Todos estaban allí observándole. En lo que decían, él reconocía con asombro que conocían bien su vida privada. Se hacían alusiones a su familia. Después se empezó a hablar de cosas sangrientas, de romperle la cabeza.

(16) Fuera oyó el sonido de la hebilla de un cinturón, y después las voces inconfundibles de su comandante y su coronel. Parecían dar órdenes. También sintió que fuera bebían, y después oyó ruido de animales. De repente, tuvo la certeza de que le iban a asesinar, de que le iban a degollar como a un animal.

(17) Después fue interrogado por un médico. Éste tenía el mismo aspecto que su tío, que es pagador. Este parecido lo paralizó. Su voz era la voz bonachona de su tío. Empezó a perder la coherencia. Le parecía que todo se volvía sobrenatural. También había allí compañeros de su tropa, todo siempre preparado con anterioridad. Ahora sabía que el médico tenía la intención preconcebida de comprobar su capacidad de reacción. Dictaba sus declaraciones en una máquina, pero tergiversadas, no como él las había hecho. Se opuso a ello, pero no le hicieron caso. Después tuvo que tumbarse en la mesa de reconocimiento, y en ese momento estaba convencido de que era entonces cuando le iban a matar, porque la bata blanca del médico mostraba algunas salpicaduras de sangre. Pero no se trataba más que de un reconocimiento médico al que habían querido dar otra apariencia. Él yacía en la cama rígido, como muerto. Cuando le sacaron sangre pensó nuevamente que llegaba el final. Luego le llevaron otra vez a la cama, y por un momento le sobrevino el pensamiento de que el griterío que oía fuera significaba que por hipnosis le iban a transformar en un animal.

(18) Entonces notó, por la transmisión de pensamientos, que se encontraba bajo hipnosis. Querían sacárselo todo. Todos podían conocer sus pensamientos. Cuando él pensaba algo, los demás le daban a entender que conocían su pensamiento.

(19) No tiene un claro recuerdo de esta época. De un modo oscuro sabe, sin embargo, que se le ocurrió que tenía en su portamonedas una hoja de afeitar. Pensarlo y saltar en busca de ella fue todo uno. Volvió a echarse en la cama –precisamente en ese momento estaba solo en el cuarto– y se cortó las venas de las muñecas. Prefería una muerte rápida a este atroz martirio cerebral. Sacó la mano de la cama y creyó que se desangraba. Oía incluso cómo fluía la sangre. Se dio cuenta con exactitud de que la gente que se encontraba fuera de la terraza sabía, por

transmisión de pensamiento, lo que hacía. Entró uno y vio el desaguisado, con lo que pronto todo el mundo se mostró muy excitado. Le vendaron y le llevaron a otro edificio. Allí se reanudó la tortura. Las paredes negras y las rejas significaban tormentos terribles. Le llevaron de nuevo al médico, y entonces pensó que le iban a ajusticiar. Al menos, esperaba que antes le narcotizaran. Lo único que hicieron fue quitarle las vendas de las heridas. Es decir que solo era un aplazamiento.

(20) De nuevo le falta totalmente el recuerdo respecto a un largo período de tiempo. Es como si se hubiera esfumado. Cuando se volvió a despertar estaba en París. De todo el viaje, así como de su comienzo y de su término, no sabe nada. Por las heridas pudo constatar que habían pasado algunos días.

(21) Tampoco entonces pudo decir nada todavía de todas sus vivencias porque se encontraba demasiado angustiado y percibía todo su entorno como hostil. Sólo a una persona en quien confiara totalmente, por ejemplo su padre, hubiera podido contárselo todo. Pensó si acaso querían convertirle en morfínmano. Un paquete de cigarrillos resultaba tan extraño, un supuesto enfermo, una persona singular, tenía un olor tan particular en la boca, como una exhalación metálica. Querían narcotizarle. También se apartaban temerosos del humo de su cigarrillo.

(22) Hacia fuera querían dar la impresión de que él era un enfermo habitual. A pesar de ello, todo giraba en torno a él. Le dieron un folleto sobre religión en el que le llamaron la atención dos cartas, de las que dedujo que le reprochaban ser cobarde. A partir de ese momento se volvió pendenciero y quería pelearse con cualquiera, porque en dichas cartas se hablaba, por un lado, de subordinación y, por otro, de espíritu combativo.

(23) Seguían vigilando sus pensamientos. Cuando pensaba en huir se le acercaban cada vez más, a pesar de que no dejaba que se le notase nada externamente. Cada vez que tenía tales pensamientos, le miraban fijamente a los ojos, o bien hacían una tosecilla de modo llamativo, de forma que constantemente tenía que contenerse para tener sólo pensamientos inofensivos. Esto le desmoralizaba enormemente y le fatigaba.

(24) Por fin, le trajeron a Marburgo. Durante el traslado veía todo claramente. En una ocasión creyó que querían ponerle sobre los raíles. Los que le acompañaban estaban allí para observarle. Por lo demás, no había nada que llamara la atención. En el Departamento número 6 continuó la observación. Sobre todo notaba la transmisión de pensamientos.

(25) En periódicos que recibía encontraba grandes equivocaciones, personas en posturas totalmente imposibles, y también en el texto aparecían diversos errores, hechos con la intención de someterle a prueba. Jugaba a varios juegos de sociedad, pero pronto se dio cuenta de que las cosas no casaban y que los demás siempre acertaban al tirar los dados que ellos mismos habían traído. En el ajedrez tiraban las piezas y las volvían a colocar de otra manera. Entre ellos se ayudaban y actuaban en connivencia. Todo estaba tramado de un modo astuto. Al principio esto le divertía, pero des-

<sup>2</sup> En el texto original alemán, "num gerade wieder bergan" (N. del. T.).



pués llegó a enfadarle. No estaba claro el fin que perseguían, pero querían poner a prueba su atención.

(26) A una tarjeta que envió a su casa contestaron sus padres con una carta en la que no se sorprendían de que estuviera en Marburgo, porque estaban enterados de su "enfermedad". Había, pues, tres posibilidades: o les habían obligado a escribirla, o les habían engañado diciéndoles que estaba "enfermo", o bien escribieron dicha carta aun sabiendo que no estaba "enfermo", porque estaban en convivencia con los otros. Porque para él estaba bien claro que no estaba enfermo. Por esta razón le parecía tan ridículo que pasaran "visita", como si fuera una especie de teatro.

(27) Las noches eran horribles. Sentía cómo sus pensamientos eran constantemente vigilados. Al preguntarle en qué lo notaba, contestó: "por muchas observaciones". Por ejemplo: se decía: "la radio funciona estupendamente", o bien, "hoy se ha estropeado". O bien, cuando pensaba alguna cosa especial, tosían de un modo intencionado. Pensó en huir del manicomio, y entonces le dijo un compañero: "oye Rainer, ¿quieres que ensillemos hoy los caballos y nos marchemos?".

Si pensaba que pronto tendría que afeitarse, otro se pasaba la mano por la barba y hablaba de afeitado. Para no revelar sus pensamientos a los demás, se esforzaba, sobre todo por la noche, en pensar cosas inofensivas. También tenía la sensación de encontrarse bajo una presión hipnótica, lo cual le fatigaba mucho. A menudo sus compañeros dormían durante todo el día para poder observarle mejor por la noche.

(28) Tenía ahora la impresión de que todo era sólo una prueba para ver si era apto para ser oficial. Cuando el doctor T. le preguntó una vez "¿qué, todavía débil, Rainer?", se trataba de una crítica seria a su conducta. Le exigían siempre una decisión, se esperaba de él un riesgo corporal. Como hubiera un queso en cuya superficie aparecían pequeñas gotitas de grasa, con ello le querían indicar que en el queso había "un medio sudorífico": el queso sudaba. Esto significaba que también él tenía que "arriesgarse". Quería provocar una lucha para acreditarse también físicamente.

(29) Saltó hacia el armario para coger su traje, con lo que se entabló una pelea con el enfermero, como él deseaba. Se le hizo jirones la camisa. Le pusieron una inyección y muy pronto empezaron a temblarle las rodillas. Luego le condujeron al Departamento número 7, e inmediatamente perdió la conciencia. Cuando volvió a despertarse, estaba dominado por el pensamiento de que tenía que realizar un esfuerzo físico. Por eso quería atacar una y otra vez a los enfermeros. Sabía que tenía que luchar contra los enfermeros, no contra las demás personas de la sala.

(30) Una de las veces vio un dedo que apuntaba hacia una puerta en la que había tres enfermeros. Se lanzó hacia ellos como un salvaje y, en plena lucha, reconoció en uno de ellos a un señor de la Escuela financiera de H., el cual, en su día, le había hablado de K.Z. El enfermero S. le recordaba al director de aquella Escuela. En el curso de esta lucha le llevaron de nuevo a la cama y le obligaron a mantener la cabeza bajo las mantas, lo cual le pareció degradante.

(31) Todo esto volvió a repetirse una y otra vez. Aunque sabía exactamente lo que le esperaba, provocaba de nuevo la pelea. Se encontraba bajo la impresión de un artículo

que había leído en una revista militar, donde se hablaba de la "educación para la dureza". Aquí querían educarle y hacerle un hombre. Siempre se había mostrado demasiado blando. Para ponerse en una situación de riesgo corporal, tiró el plato que el enfermero tenía en la mano y le agarró. Uno de los enfermeros le dijo una vez: "¿pero crees que nos vamos a dejar pegar por ti?". Con ello quería expresar que él debía pegar para que le pegaran. Una y otra vez le volvían a meter en la cama y le sujetaban.

(32) Temía que le trasladasen a la sala de enfermos tranquilos, porque creía que de ese modo perdería su oportunidad. Debido al esfuerzo y la resistencia, al final todo empezó a dar vueltas a su alrededor, y creyó volverse loco. Estaba animado por un solo pensamiento: tienes que seguir luchando; todo está en juego; se te exige eso. Le habían sujetado las cuatro extremidades con toallas. Alguien dijo que podía seguir luchando con la cabeza, lo que quería decir que no debía someterse nunca. Pero al fin su resistencia se quebró totalmente. Sabía que, o rompes las ligaduras, o te haces pedazos.

(33) Su estado de ánimo durante este tiempo no era en absoluto de angustia. Estaba totalmente claro para él que no se trataba de una broma, sino de algo muy serio. De todos modos, no tenía sentimiento de humillación, sino, por el contrario, se sentía tratado como un verdadero contrincante. El único sentimiento que le dominaba era la preocupación de no ser lo suficientemente fuerte. Por ello, cada vez se le exigían mayores esfuerzos. Sin embargo, tenía la sensación de que se le tomaba muy en serio. Tenía presentes las palabras del *Führer*: "quien no lucha hasta la muerte, no merece la vida". Creía que para él había una elección: resistir, o quedar aquí para siempre como enfermo mental. A menudo también tenía la conciencia de que la nación sólo perduraría mientras se educase a los hombres de modo espartano, como se hacía aquí con él. Creía que si resistía le ofrecerían lo que deseaba: la carrera de oficial.

(34) Pero finalmente su resistencia se quebró, todo se acabó. "Solo entonces aparecieron las consecuencias anímicas". Como no había resistido, no hablaba con nadie. Ya no podía más. Estaba desesperado y mentalmente conmocionado. No confiaba en nadie, salvo en un hombre viejo que a veces hablaba con él Claramente, seguía estando bajo hipnosis. Así, una vez se puso a beber de un vaso que estaba casi vacío, pero siguió bebiendo más y más, a pesar de que el vaso debía de llevar ya mucho tiempo vacío. Estaba completamente extenuado, no podía ofrecer ya ninguna resistencia. También le agotaba la observación constante. Quería marcharse, aunque sabía que con ello perdería su oportunidad.

(35) En la sala de enfermos tranquilos la cosa seguía igual, aunque de una forma más suave.

Todos gemían o bebían ruidosamente, o tosían justo cuando él quería dormirse. Siempre era con intención de no dejarle dormir. Se despertaba muchas veces por la noche. Una vez uno escribió en el margen de un periódico un nombre: Will Holtkamp. Esto significaba: "¿quieres luchar hoy?"<sup>3</sup>. Pero ahora ya no podía luchar, le había sido arrebatada toda la libertad de acción. A veces también pensaba que sólo querían hacerle bien, y que la hostilidad no era

sino una apariencia. Querían ayudarlo a conseguir su meta. Pero de nuevo volvía a ver que se encontraba en el campo de concentración. Finalmente, renunció a toda resistencia y aceptó el papel de enfermo mental que se le exigía. Por la transmisión de pensamientos sabían lo que pasaba en su interior. Estaba acabado anímica y físicamente. Intentaban por todos los medios atraer su atención; por ejemplo, con comidas que a menudo eran peculiares: embutido de hígado que parecía morcilla, o bien alterando el orden de las cosas, pero era siempre tan evidente que lo hacían para poner a prueba su atención, que ya ni siquiera se fijaba en ello.

(36) Por fin, volvió al Departamento número 6. El mismo juego, constantemente sometido a prueba, observado todo el tiempo. Poco a poco empezó a darse cuenta claramente de que la observación se remontaba a mucho tiempo atrás, y que ya antes de la época del Servicio del Trabajo estaba siendo observado. Se veía a sí mismo como un pájaro enjaulado y se defendía de que le envenenasen el espíritu.

Después de otras dos o tres semanas pasó al Departamento abierto. Dejó de tener la sensación de estar en un campo de concentración. Todo ello había sido la prueba para la carrera de oficial, y había suspendido definitivamente. Ahora creía que sería enviado a casa como "enfermo mental" o también como "curado", y esperaba la decisión.

(37) En toda su exposición, el enfermo actúa con sinceridad en todo momento, no oculta nada, se esfuerza por expresarse de modo claro y comprensible. Tampoco se pierde en pormenores. La construcción de las frases es normal. En su motricidad actúa a veces de un modo algo infantil e ingenuo. No hay gesticulación, pero la expresión de la cara es sobre todo algo tensa, observadora, seria y concentrada. En la exposición pone frecuentes rasgos de humor y sonrisas. Se tiene la impresión de que el enfermo ha tomado distancia de las graves circunstancias, pero en el fondo se mantiene firme en el contenido delirante de la prueba para la carrera de oficial. El paciente fue explorado de modo regular en las semanas siguientes para obtener una imagen aún más exacta del tipo de sus vivencias actuales. Se destacan a continuación sólo algunas notas derivadas de tales exploraciones.

(38) A nuestras preguntas contesta el paciente que, aun encontrándose totalmente solo, nunca deja de tener la sensación de que le están observando. Nunca, ni siquiera un segundo, se siente como si no le observarían. "Ya no sé, ni siquiera lo sabré en el futuro, si alguna vez hay algo que sea casual. Es una impresión que me paraliza. Contra los pensamientos no puedo hacer nada, vienen por sí mismos. Es triste que toda mi vida interior esté expuesta de esta forma ante todas las demás personas. Por ello, todo se cierra en mí. Antes, por el contrario, yo era mucho más abierto, alegre y animado. Hasta entonces, desde luego, no había tenido nunca grandes vivencias. Ahora esto es la lucha por la vida a pequeña escala". Ahora siempre tiene una sensación de inseguridad. La mayoría de las veces no se siente a la altura de la situación. A veces nota incluso que se sabe de antemano lo que él va a pensar.

(39) Cuando se le pregunta si tiene la sensación de que también los fenómenos naturales, por ejemplo, los árboles y las flores, tienen alguna relación con él, contesta que, sinceramente, no había pensado en ello hasta entonces: "No eran objetos para mí, yo siempre estaba ocupado con el futuro". (¿Cómo se siente cuando luce el sol?) "Entonces me va todo mucho mejor, entonces me siento más alegre. Ahora disfruto realmente más del sol que antes. Antes era para mí algo evidente. Ahora, cuando estoy fuera al aire y al sol, me siento libre y como si me hubieran quitado un peso de encima". (¿No le llama a usted la atención que el sol luzca unas veces y otras no?) Durante la exploración, las nubes ocultan el sol varias veces. El paciente se encuentra algo perplejo por la pregunta. "Yo me mantengo dentro de los límites de lo posible. Sería completamente enfermizo que me imaginara que también el sol está influido. Eso serían representaciones delirantes. En ello se podría ser completamente inteligente, pero eso sería un delirio..." (después, pensativo) "...me doy cuenta, naturalmente, de que mis cosas también se podrían ver desde ese ángulo..." (¿Le parece a usted posible que también el sol esté influido?) (pensativo) "Eso podría ocurrir todo lo más por un espejismo, alguien podría llegar a aparentar tal cosa..."

(40) El paciente viene a la exploración muy deprimido, porque está perdido. Ya nunca más podrá creer en los hombres. "No es posible conocer a los hombres. Se acercan a mí con las más distintas máscaras, con disfraces poco llamativos. Ninguno es sincero, ninguno es honrado, todos fingen, se muestran de otra manera". (¿Todas las personas de la sala están ahí, realmente por usted?) "Sí, evidentemente". (¿Cuál es la verdadera profesión de esta gente?) "Por ejemplo, S. aparenta ser un provinciano, un charlatán. De ser así, no le tomaría en serio (manía senil). En realidad, le tengo por una persona muy culta, y su charlatanería me parece la expresión de su cultura. Ciertamente, es un arte ser tan charlatán, y se desvía siempre del tema con gran habilidad. Es preciso poner una atención colosal. En realidad, una persona muy culta". (¿Profesión?) "Supongo que realiza la observación como profesional". (Paciente K.: defecto esquizofrénico). "También K representa el papel, según creo, de que en realidad es un labrador. No tiene grandeza de espíritu, hace el papel del labrador torpe y poco hábil". De vez en cuando le sobreviene el pensamiento de que también otros pueden ser observador del mismo modo que él. Pero a ellos les harían observarle a él, lo mismo que a él le harían observarlos a ellos. Pero vuelve a rechazar tales pensamientos. No le parece probable.

(41) (A una pregunta sobre el objetivo de las observaciones) Todo sería para poner a prueba su atención y su perspicacia. (¿Nunca duda?) "En los primeros tiempos dudaba, pero después, conforme fui viendo todas estas cosas, desapareció toda duda. Intentan hacerme pensar que cuando salga de aquí ya no estaré sometido a prueba. Hacen todo lo posible para que la observación pase inadvertida y, efectivamente, lo hacen muy bien". En las peleas que se entablan en la sala, por ejemplo, toma partido por alguna de las partes sin que en ese instante piense en observación algu-

<sup>3</sup> En alemán, "willst du heute Kampf?" (N. del T.).

na. “Pero enseguida se me ocurre que esto no es sino una prueba, y que he caído otra vez en la trampa”. Igual ocurre con las cosas de fuera del manicomio: a veces toma parte intensamente en algo, y sólo después se da cuenta de que ha “caído otra vez en la trampa”. (¿Por qué un dispositivo tan grande?) “También para mí es totalmente inexplicable. Hasta ahora nunca me había figurado que yo tuviera tanta importancia”.

(42) (¿Ocupación?) Le gustaría leer algo serio, pero no se siente capaz de ello. El entorno, el ruido y la distracción le alteran. “Y además tampoco tengo la disposición de ánimo necesaria para ello. Lo que más me gusta son las novelas baratas, que antes miraba con desprecio. No me siento capaz para lo grande y lo bello. Me falta la disposición de ánimo, lo mismo que para los acontecimientos políticos. No me puedo concentrar en lo impersonal. Consideraría algo grotesco leer cosas de ingenio agudo cuando en realidad me veo tan desolado”.

(43) Sueña casi todas las noches con vivencias anteriores. Hoy, por ejemplo, con Hersching, donde fue la escuela. Por la mañana sabe exactamente lo que ha soñado. En sueños no tiene la sensación de ser observado, mientras que vuelve a tenerla cuando se encuentra en duermevela. Sin embargo, este hecho ya no le causa extrañeza. Es algo que le es propio. Ni siquiera puede ya representarse a sí mismo de otro modo.

(44) Intentamos ahora explicarle que en su caso podría tratarse de un delirio. Basándonos en toda la anamnesis, ponemos ante sus ojos la posibilidad de que su alteración radique en sí mismo, y que esto sería más verosímil que trasladarla al mundo externo. Sólo existen estas dos posibilidades de interpretar los sucesos extraños. Y es más fácil aceptar el hecho de que en él se ha producido una alteración, que tener por real esos gigantesco dispositivo.

Este pensamiento lo rechaza totalmente. Pueden muy bien existir tales enfermos, pero en su caso lo que ha vivido no es patológico. “Naturalmente, me encuentro tan fuertemente unido a todo eso, que no puedo renunciar a ello. Estoy convencido, y no puede hacerse nada frente a eso”. Intenta abordar superficialmente el pensamiento del autor, para debilitarlo inmediatamente con alguna de sus vivencias actuales. Tras una nueva discusión detallada, opina: “Lo he tomado en consideración, pero no puede convencerme de otra cosa. Puedo hacerme la pregunta mil veces al día, y siempre llegaré a la misma conclusión”. Con semanas de anticipación sabían cómo iba a reaccionar, porque él reaccionó frente a tales maquinaciones como lo haría cualquier persona razonable. De este modo, se puede preparar todo. (¿Existe el delirio de persecución?) “Sí, desde luego que existe, y en mí hay las mismas manifestaciones que en los enfermos verdaderos. Esto es lo que me da tanta rabia. Cualquier profano diría que lo que me pasa no es cierto, que es algo que debe excluirse totalmente, que lo que yo he vivido sólo puede ser “patológico”. Lo peor de todo es que también mis padres entran en el juego”.

Cuando más adelante intentamos hacer dudar al enfermo de la realidad de sus vivencias, se hace cada vez más claro que no quiere abordarlas. Una de las veces dice: “¡No me vuelva a arrojar en esta duda terrible! Déjenme,

y yo viviré toda mi vida en el bello delirio de que se me había ofrecido una oportunidad. Es la vivencia más grandiosa que haya tenido nunca. No quiero estos pensamientos. No quiero volver a caer en la horrorosa duda”.

(45) En una conversación mantenida pocos días después de haberle presentado en clase –donde se discutió en su presencia la vivencia delirante primaria– se descubre que de repente ha corregido en gran medida dicho delirio. Admite la opinión de que podría haberse tratado de una enfermedad, pero duda y hace conjeturas de por qué esto era así y aquello de otra manera. También sigue existiendo el control de los pensamientos. Vuelve a hablar del paciente W., de quien antes suponía que dirigía el control espiritual y la maquinación de toda la banda. Ahora ya no cree que esto sea así. Se pierde en cavilaciones. Está muy mejorado en su actitud, y durante largos períodos de la conversación acepta la opinión de que ha estado enfermo, aunque, de todos modos, se opone a ello una y otra vez con objeciones. Ya al principio de la charla admitió sinceramente que “su opinión, señor médico-jefe, quizá sea la correcta”.

(46) (¿Ha cambiado?) No es el mismo. Ya no es despreocupado, aun cuando quizá lo parezca. No es más que una actitud intencionada y simulada. En realidad, se siente muy inquieto y deprimido porque le observan. “Me imagino que mi vida a partir de este momento va a estar sometida a una mala estrella. No sé cómo va a terminar esto. Hay en mí una mancha, pero tampoco es eso, es más lo anterior. Ya no me siento tan despreocupado, ya no tengo verdadera confianza en lo que emprendo. No es simplemente que me haya hecho más viejo, es una mancha que hay en mí. Creo que ya nunca más podré estar verdaderamente alegre. Todo lo más, me convertiré en un estafalario, en una especie de solitario, un mezuquino o un miserable...”

(¿Mancha?) “Toda esa vivencia pesa sobre mí, es como una sombra que me acompaña constantemente. Me siento totalmente desgraciado –sollozando–, ¿quién ha pensado en esta posibilidad, en un proceso como el que yo he padecido aquí? No quiero decir que estuviera muy contento de mí mismo, pero tenía la suficiente confianza en mí. Cuando emprendía algo, no pensaba en la posibilidad de que fracasara, y ahora siempre pienso: quizá sí, quizá no. Se podría llamar también falta de fuerza de voluntad. Vivo bajo la impresión de que ha quedado grabado en mí el sello de la inferioridad, porque parto de la idea de que yo no estuve enfermo. Ahora ya no tengo pleno valor, como las demás personas”.

(47) Pocos días después, el enfermo es enviado, acompañado por sus padres, al Centro de Licenciamiento del ejército. Se despide cordialmente y da las gracias al autor por la amistad que le demostró. En su comportamiento, su motricidad y su expresión, se muestra relajado, y no en tensión. Los padres firman una declaración en la que asumen la responsabilidad de llevarle a casa. Se les advierte del peligro de suicidio. Además, se les aconseja que, tan pronto como el enfermo presente el más mínimo signo de un aumento de sus ideas delirantes, lo lleven a la clínica psiquiátrica más próxima para que allí le hagan un tratamiento de insulina.

(48) Tres semanas después de ser dado de alta, el enfermo escribió la siguiente carta:

“Muy honorable señor doctor C.: transcurridas casi tres

semanas desde que tuvieron la bondad de soltarme entre los hombres a título de ensayo, quiero describirle mis impresiones desde que salí del hospital. Como habíamos previsto ya acertadamente, al principio me sentía muy desconfiado y en todas partes creía ver espías. Pero al cabo de dos o tres días esto desapareció, y hoy tengo la alegría de poder asegurarle que me siento libre de este sentimiento. Con ello no quiero desmentir mi afirmación anterior, que sólo puedo recordar con odio, de que fui observado antes y durante la época del hospital. Pero, basándome en algunas pequeñas indagaciones y observaciones que he hecho, estoy ahora convencido de que había ido demasiado lejos en mis supo-

siones. Si no fuera por algunas pequeñas circunstancias que, sin embargo, pesan mucho, crea que me adheriría a la opinión de usted. ¡Me encuentro ante un enigma, y no me es posible olvidar”.

Finalmente, quiero asegurarle a usted una vez más mi mayor consideración. Veo siempre en usted a un gran médico y hombre, por más que yo haya rechazado su ayuda profesional.

Muy agradecido

R.N.”

## Breve comentario y plan de trabajo

En cuanto al diagnóstico clínico de brote esquizofrénico, no hay ninguna duda. La *psicopatología académica* no encuentra aquí dificultad en enumerar una gran parte del inventario de la sintomatología esquizofrénica: humor delirante, delirio de referencia, percepción delirante, falso reconocimiento de personas, difusión e influencia del pensamiento, sensación de hipnosis, vivencias de influencia corporal, al menos en el sentido de ciertas vivencias de envenenamiento, y, además, un intento de suicidio y un estado de agitación catatónica de varios días de duración. De los casos expuestos fenomenológicamente con detalle en la literatura, creo que el más parecido es el caso “Else Brandt” de G. Schmidt.

Ni siquiera un representante de la *psicopatología clásica* sostendrá, partiendo de la propia descripción del enfermo, que todos estos síntomas constituyen “la coexistencia sin sentido de un conjunto de trastornos funcionales condicionados por un proceso” (Zutt). En esta exposición parecen *ordenarse* de algún modo en torno al tema -una prueba de aptitud para oficial. A partir de aquí, surge al menos un indicio de “sentido”. Claro que, desde el punto de vista de la psicopatología, hay aún bastante material que sigue careciendo de sentido.

La elaboración del material por la *antropología fenomenológica* habría proporcionado un resultado muy distinto. El deseo de seguir la carrera de oficial, que por el Servicio del Trabajo adquiere máxima actualidad y es, sin embargo, irrealizable, hace que este joven caiga, en el curso de su vida, en una crisis. Esta crisis, a su vez, debe concebirse en el sentido de un “encontrarse-ante-una-decisión”. El objetivo del deseo de la carrera de oficial se muestra *inalcanzable* en el mismo sentido en que el sujeto se lo representa como irrenunciable. El objetivo alcanzable de ser empleado de Hacienda queda devaluado en la medida en que se idealiza el objetivo inalcanzable de llegar a ser oficial. No hay espacio para ambas cosas a la vez: la comprensión razonable de la imposibilidad de alcanzarlo y el deseo ardiente de alcanzarlo, que supera todos los obstáculos. ¿Qué puede resultar de ello? Como signo de que no se supera la crisis, el delirio. Sólo gracias a él es posible unir lo incompatible: será oficial y al mismo tiempo no lo será; le someterán a la prueba y al mismo tiempo no le harán la prueba; el compañerismo se revela como hostilidad; la

propia desvalorización del empleado de Hacienda que no puede ser siquiera oficial se transforma en una revalorización del mismo, en torno al cual gira finalmente todo lo que sucede en el ejército. Precisamente, la imposibilidad de realizar el deseo (de ser oficial), expresada en términos energéticos -en el sentido de una acumulación- hace que la dinámica del deseo se desborde en cierta medida, de modo que al final ya no deja sitio para ninguna otra cosa. En el espacio de esta alma ya no existe nada más que este único deseo, y el mundo se pliega a este tema único. Pero al mismo tiempo es necesario que en algún sitio se clause su posibilidad de satisfacción, ya que, si no, todo el mecanismo se desenmascararía a sí mismo. Sólo puede sostenerse en la tensión: quieren hacerle oficial, pero al mismo tiempo quieren impedirlo.

De este estilo sería, quizá, el planteamiento analítico-existencial sobre la descripción del proyecto de mundo en cuestión. Pero en este mismo momento surge la cuestión de conciencia: ¿qué habría ocurrido si...? ¿Si dos años antes hubiera hecho el bachillerato en lugar del examen para Hacienda? O bien, si se hubiera sacado ya entonces la ordenanza -como de hecho ocurrió unos años más tarde- que estipulaba que el bachillerato no era ya una condición necesaria para la carrera de oficial. ¿Se habría librado el joven de su brote esquizofrénico simplemente porque no hubiera habido motivo para una crisis? O bien, ¿habría aparecido quizá en el mismo momento una crisis con otra temática que le habría llevado fatalmente a un brote esquizofrénico? Nadie puede contestar a estas preguntas, pero sí se puede pedir una declaración, aun sin la posibilidad de una verificación empírica.

Por el momento, dejamos la cuestión abierta. Teniendo presente nuestro plan de analizar el delirio mismo, y no la posibilidad de su interpretación en el sentido de una situación biográfica, vamos a considerar, en primer lugar, el *curso de los acontecimientos*, y después vamos a intentar mostrar en él algunas etapas importantes.

\* \* \*

1. Oímos de nuestro enfermo que hacia Pascua de 1939, es decir, cuando tenía dieciocho años, se encontraba bajo la impresión de que sus padres le reprochaban, en cierto modo, que viviera a costa de ellos mientras asistía a la escuela secundaria. Algo le presionaba. No

había ninguna necesidad de que abandonase la escuela secundaria, porque hasta entonces no había tenido otra intención que hacer su bachillerato. Además, las notas eran en general satisfactorias. Como más tarde nos confirmaron sus padres, su rápida decisión de abandonar el bachillerato significó una desilusión para ellos. Contra lo que el enfermo suponía, ellos deseaban que terminara la escuela secundaria. Parece seguro que los hechos no correspondían a aquella impresión de reproche.

Debemos imaginar que el joven se encontraba entonces sometido a una presión indeterminada para la que encontró el nombre de "reproche por parte de los padres". Al seguir preguntándole de qué deducía que le hicieran algún reproche, no era capaz de encontrar nada concreto, y por ello en la conversación cambiaba la expresión "reproche" por "estímulo", si bien es cierto que bajo la impresión de su delirio, que al referir su historia se encontraba en plena eclosión. Un *estímulo* es, hasta cierto punto, un *reproche*, pero de signo contrario, es decir, una presión sobre... en lugar de una presión desde... La vivencia de esta *presión* era, pues, lo que empezó a hacerse notar en aquel período. Con el *reproche* o, mejor aún, la reprobación, surge por primera vez algo así como una barrera, porque toda "reprobación" impide el avance precisamente a causa de aquello que es "reprobado", que de este modo se cruza en el camino.

Así abandonó su meta original, el bachillerato, y se decidió por otra carrera. Este cambio de carrera o de dirección actúa como un primer signo de desgracia en un camino hacia la locura.

Del año y medio siguiente nos falta material documental. Pero más tarde lo encontramos en el Servicio del Trabajo y volvemos a oír hablar de "presión", como si se esperaran de él rendimientos especiales. También se habla de la sensación de tensión. Finalmente, este sentimiento se agudiza como si hubiera algo en el aire, o como si algo fuera inminente. Él mismo no puede decir de qué se trataba, sino sólo hacer suposiciones sobre ello.

Si queremos describir la dinámica de este campo, vemos que se caracteriza durante uno o dos años por una ligera elevación de la tensión, en el sentido de una presión y de la insinuación de barreras que obligan a un cambio de dirección. Después, se produce un aumento de la tensión en el campo y, finalmente, la vivencia de la "inminencia" de algo. Al decir que algo es "inminente", ello indica siempre un considerable estrechamiento del campo psíquico. Ya no somos libres. Ya no podemos movernos como hasta entonces. Ya no podemos decidir como antes. Nos encontramos atados, nuestro camino está estrechado y dirigido hacia lo inminente. Nos vemos compelidos a recorrerlo. Lo inminente es siempre positivo o negativo, nunca neutro. Jamás se nos aparece como algo irrelevante. Lo inminente es siempre significativo para nuestra vida, cambia algo en ella, crea de algún modo una situación nueva. Lo inminente impone barreras a nuestra existencia y conduce así a un aumento de tensión en el campo.

Este aumento de la tensión -que en este caso abarca un período de tiempo de uno o dos años- lo registraremos ante todo en previsión de nuestro material conjunto, que comentaremos más adelante con mayor detalle,

como la primera fase del brote esquizofrénico que vamos a analizar aquí en detalle. Habitualmente, se habla de estadio prodrómico, pero la expresión "pródromo" (= precursor) no es exacta. No es un concepto fenomenológico, sino nosológico, y no dice nada sobre el tipo de vivencia. Por ello, designamos esta fase, sumamente característica, con una expresión tomada del lenguaje teatral, como *trema*. Como se sabe, los actores llaman así al estado de tensión por el que pasan inmediatamente antes de entrar en escena. Todo el que de modo semejante tiene que exponerse en público, como ocurre con el virtuoso, el conferenciante o el examinando, lo conoce. La expresión "fiebre de candilejas" recoge dos aspectos de esta vivencia: la sensación febril y el encontrarse "a la luz", el "ser-iluminado-y-enfocado-por-las-candilejas", lo que en el caso del actor y el virtuoso se produce en realidad, y en el del examinando sólo en sentido figurado.

El *trema* no es siempre idéntico a la angustia. Naturalmente, puede tratarse enteramente de una angustia estremecedora, torturante y apenas controlable. Pero la tensión ante la competición deportiva, ante el "torneo", es también *trema* y, sin embargo, a menudo mucho más que una auténtica angustia, puede predominar en ella la alegría. Cuanto mayor sea la intensidad con que se viven las posibilidades de la victoria, tanto menor será la fracción de angustia contenida en cada *trema*. Y, por el contrario, cuanto más abrumadora sea la conciencia de la posible derrota, tanto más crecerá la fracción de angustia.

Si tratamos ahora de representarnos brevemente, y con referencia a lo que diremos más adelante, la *topología* de la situación creada por el *trema*, siempre hay una característica: el campo total está estrechado, es decir, rodeado de barreras por todas partes. Se encuentra uno en un campo que no puede abandonar por ningún lado, un campo en el que se siente uno extremadamente limitado en su libertad de movimientos. Desde luego, todavía se tiene una libertad relativa dentro del espacio cerrado, pero es sólo la "libertad" del prisionero en su celda o en el campo de concentración. Las barreras, como si fueran alambradas de espinos, impiden la "salida-del-campo". El actor puede, en el último momento, excusarse y decir que se encuentra indispuerto (eso sería la huida-del-campo), etc., pero mientras no lo haga, y siga esperando a salir a escena, carece de libertad. También el examinando podría retirarse en el último momento, pero mientras no lo haga, la propia situación le indica el camino. Así, pues, el campo está rodeado por una barrera externa. Y este camino extremadamente estrechado conduce de modo forzoso -primero separado por una barrera interna en el sentido de un límite temporal- a un punto que, una vez sobrepasado -y esto es lo esencial-, sólo admite dos posibilidades: la victoria o la derrota, la revalorización o la desvalorización de uno mismo. Así, pues, la situación se caracteriza por la exclusión de un camino que sea neutral para la autoestima. Sólo al cruzar este punto crítico se abren las limitaciones, el campo se desprende de sus barreras y el camino queda libre. Con ello se reduce inmediatamente -incluso en el caso de la disminución de la autoestima, es decir, de "suspense"- la tensión específica, y el *trema* desaparece.

Resumiendo, podemos decir: el joven, que hasta entonces no llamaba la atención por su conducta, vive desde hace

uno o dos años en un “campo” alterado. Poco a poco se han ido estableciendo barreras, y en la misma medida la tensión o presión del campo ha aumentado hasta llegar a un nivel máximo, que se vive como “inminencia”.

Puesto que, como esperamos demostrar, esta primera fase del brote esquizofrénico tiene gran importancia en todos nuestros casos, tuvimos que darle un nombre especial. Nuestra tarea será, sobre la base de otros casos, formarnos una imagen más exacta de las leyes del trema.

2. Rápidamente se despliega ahora -podríamos decir que de un día para otro- lo que estaba contenido en el trema ya de forma germinal como tensión acumulada: el delirio. Primero se desarrolla sólo la temática. Ya antes, la presión sorda del trema había dado lugar a que el sujeto se ocupara de su futuro profesional y a que tomara en serio el plan de permanecer definitivamente en el Servicio del Trabajo y allí seguir la carrera de jefe -un nuevo cambio de carrera. Ahora hay “rumores” de que él es el único del campamento que podría ascender a jefe de tropa. También aquella equivalencia potencial de victoria y derrota se despliega en la oposición de “ascenso” y “hostilidad”, siendo vividos ambos términos simultáneamente. Esto por lo que se refiere al aspecto temático del delirio incipiente. Pero no nos parece que sea éste el aspecto esencial aquí. Mucho más importante es la transformación de la estructura de la vivencia, que ahora se ha producido. Se ha desarrollado la llamada conciencia de significación anormal, ese modo de vivencia tan altamente característico, que, extendiéndose a todos los modos intencionales imaginables, desde el percibir sensible al representar y a las cogniciones sin imagen y a los actos del pensamiento, da a todo fenómeno una tonalidad totalmente nueva que nunca falta del todo en una psicosis esquizofrénica. Es muy característico de nuestra situación actual en psiquiatría que no poseamos aún ni siquiera una designación manejable que corresponda a este modo central de tan gran importancia, ya que las expresiones “conciencia de significación anormal” (Jaspers) o “establecimiento de relación sin motivo” (Gruhle) -aun cuando acierten en el modo específico de la vivencia- son sumamente inmanejables. No es posible emplearlas simplemente de modo sustantivado ni, sobre todo, de modo adjetivado. En absoluto nos entenderíamos si dijéramos, p. ej., que los barracones o los sacos de pan o el jefe de tropa significaban “anormal”, o que eran “cogniciones con significado anormal”. Tampoco nos entenderíamos si dijéramos que el cigarrillo encendido, movido en la oscuridad de la barraca por un camarada que fumaba tranquilamente, fue “puesto en relación sin motivo” con el signo político de “la hoz y el martillo”. Tampoco resultan prácticas las expresiones “delirio”, “percepción delirante” o “vivencia delirante”. Y ello en primer lugar porque no podemos emplearlas de modo adjetivado -porque “delirante” se aplica en Jaspers, como es sabido, a otros fenómenos en los que el delirio es secundario y reducible a otros fenómenos psíquicos<sup>4</sup> -, y sobre todo porque el concepto de delirio es demasiado general, abarca muchas

otras cosas que no tienen nada que ver con la conciencia de significación anormal, y, además, no es posible definirlo de ninguna manera.

Nos vemos obligados, pues, a introducir una nueva palabra que se pueda aplicar de modo sustantivado y adjetivado, y que corresponda con exactitud a aquello que fue descrito por Jaspers de modo unívoco como “conciencia de significación anormal”. Si tomamos como paradigma de este modo de vivencia la percepción delirante, ésta va siempre acompañada de la afirmación del enfermo de que sabe exactamente que ello es así y que no necesita ninguna demostración. Así, nuestro enfermo sabía que la maniobra que hicieron los soldados con los fusiles en el campo de instrucción significaba que debía dominarse. Este simple saber el significado sin tener que preguntar por qué se sabe caracteriza toda percepción delirante. El enfermo delirante se comporta como el hombre ante la revelación. El significado de lo dado le ha sido “revelado”, y por ello no puede entender las dudas de su entorno. Por ello, para dicho modo de vivencia de la conciencia de significado anormal, elegimos la denominación de *apofanía*<sup>5</sup>. La maniobra con los fusiles fue vivenciada, podemos decir ahora, de modo apofánico. La lucha fantasmagórica contra supuestos enemigos en la barraca tenía todas las características de la apofanía. La observación del jefe de tropa en relación con los sacos de pan nos permite sospechar al menos una vivencia apofánica.

Mientras que al principio sólo los datos de la percepción contenían los signos de la apofanía -de modo particularmente claro, p. ej., en el traslado al primer hospital, durante el cual ningún objeto de la percepción estaba libre de tales signos-, el espacio interior, es decir, el contenido de las representaciones, todo el mundo de los contenidos e imágenes internas, seguían libres de tales signos. No obstante, por la propia descripción del enfermo sabemos que en algún momento del curso ulterior la apofanía llegó a apoderarse también del espacio interior: “se dio cuenta entonces, por la transmisión de pensamientos, de que se encontraba bajo hipnosis”. En esto se ve claro que también sus propios pensamientos eran vivenciados de modo apofánico, de forma que se puede hablar ya de una *apofanía del campo total*.

Para todo lo que el enfermo vive de modo apofánico en el espacio interior, es decir, en el espacio de la percepción, encuentra pronto la etiqueta de que está “puesto”; y en cambio, de todo lo perteneciente al espacio interno, es decir, de la representación que tiene un carácter apofánico, dice la mayoría de las veces que está “fabricado”. Volveremos de nuevo extensamente sobre todos estos fenómenos, ya que el análisis de la topología del campo vivencial apofánico es uno de los objetos esenciales de nuestro estudio.

3. Aun cuando hay datos indicadores de que este modo apofánico de vivencia se mantuvo hasta el final del brote, hay que hacer, sin embargo, una importante subdivisión. En primer lugar, como podemos deducir de

<sup>4</sup> Schneider, K. emplea la expresión “delirante” como adjetivo de delirio y en el resto de los casos utiliza “deliroide”.

<sup>5</sup> ἀποφαίνεω = ser revelado. Con dos acentos = representar a alguien como algo.

la exposición, la continuidad de sentido, aunque alterada de modo apofánico, está conservada como tal. El enfermo es capaz de ver la situación como un todo, si bien con una extraña reestructuración. La escena nocturna en la barraca o el viaje en coche o el ingreso en el hospital son vivenciados como lo que son, precisamente como escenas en la barraca, como viaje en coche y como ingreso en el hospital. El mundo está todavía ordenado, pero ha adquirido un centro peculiar, es decir, ha sufrido una especie de supraordenación o de alineación, de un modo similar a como las limaduras de hierro se "alinean" en el campo magnético. Pero después se produce una transformación, en la medida en que esta continuidad de sentido esté transitoriamente en peligro. Ciertos hechos de la situación comienzan a dominar de tal forma que amenazan con hacer saltar la continuidad de sentido. La exploración médica es vivida como una amenaza de ejecución. El enfermo creía que le iban a degollar. Además, la siguiente fase tiene un carácter de imagen mucho más fuerte que lo vivido hasta entonces, de tal forma que se tiene la impresión de que ciertos hechos vivenciales se constituyen en imágenes asintácticas en las que ya no es posible reconocer una continuidad de sentido. El bramido de un animal fuera -es posible que cerca del hospital hubiera un establo, o bien que otros ruidos adoptaran la fisonomía de bramidos animales- significaba que por hipnosis iban a transformarle en un animal. Aquí, al menos, hemos llegado a un límite. Un pequeño paso más allá, y la continuidad de sentido de la situación se habría roto totalmente, y la consecuencia habría sido una inundación de imágenes asintácticas arquetípicas que, sin embargo, todavía contendrían los rasgos vivenciales de la apofanía.

Para esta nueva fase que, en nuestro caso, de todos modos, no se ha alcanzado realmente, sino que sólo ha llegado a esbozarse, introducimos también una nueva denominación que intenta expresar esa forma de imágenes reveladas que ya no guardan ninguna relación de sentido real. Hablamos de *fase apocalíptica* o del estadio de apocalipsis<sup>6</sup>. Cuando comentemos las vivencias catatónicas nos ocuparemos de ella con mayor detenimiento.

Esta fase puede profundizarse cada vez más, de modo que pronto sea imposible saber nada respecto a hechos vivenciales estructurados. Entonces nos vemos enteramente obligados a la descripción conductual del comportamiento catatónico. Las manifestaciones verbales sólo se pueden utilizar ya en su mayor parte formalmente como modos de comportamiento, pero ya no en relación con su contenido de sentido.

En el caso de un desenlace fatal, se podría definir un *estadio terminal*, que en el fondo no parece ser otra cosa que un coma tóxico. En éste ya no es posible demostrar contenidos vivenciales.

4. Pero habitualmente se produce una mejoría espontánea al cabo de cierto tiempo. También en nuestro caso tiene lugar, en el curso de la observación, una lenta rela-

jación del campo. La apofanía puede cesar, al menos en algunos ámbitos parciales, mientras que perdura en otros. Así, el enfermo nos dice que ha cesado la influencia del pensamiento, que finalmente le dejan en paz y que, sin embargo, siguen observándole. O bien, oímos, por el contrario, que en la calle ya nadie estaba "puesto", que las gentes iban a sus ocupaciones como de ordinario, pero que al escribir la carta el enfermo oía voces que, antes de escribir, le decían sus pensamientos (ver más adelante). Por último, nos encontramos con ciertas dudas de que todo esto fuera real, como supuso al principio, de que quizá hubiera ido demasiado lejos, etc. Pero en nuestro enfermo se pone de manifiesto una clara resistencia a abandonar su temática inicial de la prueba: "¡No me vuelva a arrojar a esta duda terrible!" .

Esta fijación, que tiene enteramente el carácter de una fijación neurótica, es sumamente significativa para la cuestión, hoy tan actual, de la "psicogenia". Hablaremos de esto también extensamente.

A esta fase de restitución la llamamos *consolidación*. También la estudiaremos sobre la base del material conjunto.

5. Finalmente, en las últimas semanas de nuestra exploración, oímos a nuestro enfermo manifestaciones peculiares sobre las alteraciones vivenciadas que se produjeron en él como totalidad. Ya no podrá creer nunca más en los hombres. Prefiere leer novelas baratas, a las que antes miraba con desprecio. Ya no es sensible a lo grande y lo bello, y sólo puede concentrarse en lo impersonal. Ya no es tan despreocupado, sino, al contrario, se siente inquieto y oprimido. "Me da la impresión como si, a partir de este instante, mi vida fuese a estar sometida a una mala estrella... Hay en mí un oprobio... Ya no me siento con tanto aplomo, ya no tengo confianza en lo que emprendo".

Se anuncia aquí aquella alteración característica de la personalidad que suele designarse con la expresión poco bella e inexacta de "defecto" esquizofrénico. Nosotros nos circunscribimos a la denominación neutra de *residuo*. Así, pues, en los ejemplos presentados anteriormente se trata de signos residuales o, más exactamente, de los *signos de una pérdida residual del impulso*. También adoptaremos aquí una posición con respecto a esto, basándonos en el material conjunto.

Con esta división en fases hemos logrado un plan, con el que pretendemos elaborar un abundante material vivencial de psicosis esquizofrénicas. El abordaje de casos individuales seleccionados es la primera exigencia fenomenológica, si bien lleva consigo siempre algunos peligros. Con toda seguridad, nos proporciona los exámenes más importantes, cuya validez, sin embargo, es preciso revisar con un material estadístico no seleccionado. Para ello se requiere que ese material no seleccionado pueda ser utilizado estadísticamente, incluso allí donde no podamos hacer un recuento. Pero, a su vez, este material no puede sustituir al caso individual analizado con exactitud. Nunca, cuando se trata del hombre, puede la ciencia prescindir totalmente de ninguna de las dos fuentes de conocimiento ■

<sup>6</sup> ἀποκαλύπτειν = revelar.



## Excesos del cuerpo

### Ficciones de contagio y enfermedad en América Latina

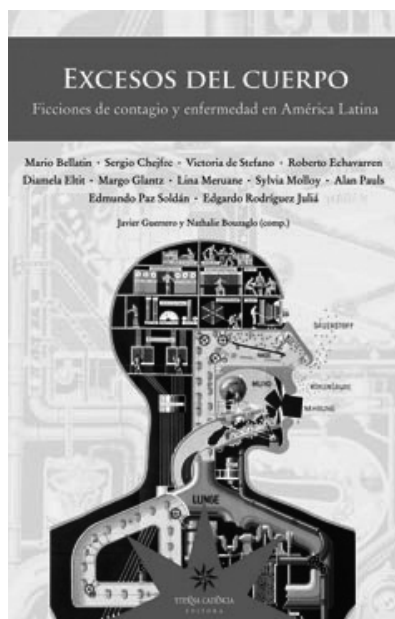
Daniel Matusevich

Cómo narrar la enfermedad, cómo narrar sus circunstancias y sus topografías, sus variaciones y sus variedades: Javier Guerrero y Nathalie Bouzaglo intentan responder esta pregunta a través del libro que compilan, editado con el esmero y el estilo ya habitual de Eterna Cadencia, editorial de diseño si las hay. Once relatos de autores latinoamericanos agrupados por la idea “ficciones de contagio y enfermedad en América Latina” nos proponen un recorrido mirando al sur que, lejos de agotar el tema, lo pone en perspectiva, ampliando los horizontes de reflexión. Uno de los sentidos posibles del texto es dar cuenta de las múltiples estrategias de representar el cuerpo y exhibir sus exuberancias en América Latina; celebramos que sea así, ya que creemos vale la

pena explorar las singularidades de nuestro continente en esta materia, evitando caer en las simplificaciones que nos propone la globalización, que desestima la singularidad implícita en los modos de enfermar o de sufrir.

En la página 12 de una introducción imprescindible, los compiladores dejan bien establecido su objetivo: “(...) nos interesa aproximarnos brevemente a diversas metáforas de la enfermedad y el contagio; en especial, intentaremos delinear algunos juegos de poder que involucran al cuerpo y sus excesos como producciones significativas en las cuales se negocian y disputan fobias, deseos y tensiones. Con estas ideas en mente, abordaremos los relatos que integran la presente antología, los cuales abren un abanico de problemas que nos permiten repensar la enfermedad y el contagio en las ficciones de América Latina”. La gran pregunta acerca de cómo relatar la enfermedad sobrevuela varios de los últimos textos que hemos comentado en esta sección de VERTEX; nuestro objetivo es continuar ofreciéndole al lector interesado aportes en este sentido, intentando iluminar las complejidades actuales de una clínica que se muestra como sin historias, jaqueada por las estadísticas y las listas de síntomas sin alma.

Las deudas con Susan Sontag y sus dos contribuciones fundamentales al tema (*La enfermedad y sus metáforas* y *El SIDA y sus metáforas*) son saldadas en las primeras páginas del ensayo introductorio; sin embargo, creemos que falta una mención a la imprescindible y monumental obra maestra de Thomas Mann, *La montaña mágica*, novela que sin duda alguna anticipó todas las producciones posteriores que abrevaron en la cuestión del estar enfermo, el contagio y la potencia de la literatura para recorrer estos asuntos. Cómo no reconocer las meditaciones del premio Nobel alemán en párrafos como el que siguen: “(...) el enfermo amenaza el ambiente inmediato ya que su cuerpo está marcado por la promesa de extender su novedad. El miedo radica en devenir Otro, transformarse en un cuerpo ajeno, volverse irreconocible para sí mismo y para la sociedad”.



**Autores: Javier Guerrero y Nathalie Bouzaglo** (compiladores)  
Eterna Cadencia, 2009.



Como planteamos en reseñas anteriores, la propuesta de tomar el modelo narrativo para acercarnos al sufrimiento de nuestros pacientes se sostiene en la creencia de que "(...) la literatura como productora de metáforas tiene la capacidad de inventar, reforzar, invertir, resistir, desconectar o reconectar las metáforas que otras instituciones y hasta la propia literatura instalan"; en este sentido, los once relatos (y la introducción) ofrecen una oportunidad ideal para que cada lector pueda delinear cuál es el estilo que más se acerca a su sensibilidad, ya que hay tantas formas de contar las enfermedades como enfermedades mismas, quedando constituido un rompecabezas al que siempre le va a faltar una pieza. Si bien, como en toda compilación, no todos los relatos mantienen el mismo nivel de calidad, según nuestra opinión la mayoría son muy buenos y hay algunos excelentes, que son aquellos en los que nos vamos a detener con mayor detalle.

Alan Pauls plantea en "Ex" una vuelta de tuerca, una especie de final a su novela de culto (ganadora del premio Herralde) *El Pasado*, reapareciendo los dos personajes centrales, Rímimi y Sofía. Una de las tesis centrales del relato-novela es que no poder olvidar enferma debido a que el paso del tiempo no cicatriza las heridas, las abre cada vez más y las profundiza; es en ese sentido que los personajes deambulan con sus cuerpos enfermos a cuestas, deshidratados, fiebrados, famélicos, raspados y lacerados como víctimas y testigos sufrientes de que pasado y enfermedad son sinónimos. La conciencia de la enfermedad no es liberadora sino más bien todo lo contrario, el pasado se vislumbra como una prisión sin salida.

La escritora chilena Diamela Eltit desarrolla en "Colonizadas" la relación simbiótica establecida entre una madre y una hija, ambas aquejadas de misteriosas enfermedades. En apenas poco más de veinte páginas, la autora nos sumerge en una profundidad sorprendente mientras asistimos a la decadencia y al ocaso de un vínculo mediado por el discurso de la medicina: "(...) me lo dijo el médico, a mí, su única hija, me lo dijo ferozmente, con su mirada enferma de medicina, con su mirada traspasada de medicamentos y antibióticos de última generación, me lo dijo ese médico, siéntese, me lo dijo, sabiendo perfectamente que yo también estaba

muy enferma aunque no terminal, pero aun así me dijo, con un tono metálico y transfusivo, que el estado de mi madre era terminal".

Quizás el punto más alto de la compilación esté dado por "*Desarticulaciones*", de Silvia Molloy, adelanto de lo que en el año 2012 terminó siendo una novela casi definitiva sobre la memoria, el olvido, el lenguaje, el arte de narrar y un profundo amor; la mayoría de estos elementos ya se vislumbran en el breve material del cuento-ensayo-crónica, sin lugar a dudas es muy difícil determinar el género y tampoco nos parece demasiado relevante. Sí es relevante, en cambio, el registro minucioso de una vida que se va desarticulando, alternando el estar/no estar y el intento desesperado de hacer durar una relación "(...) que continúa pese a la ruina, que subsiste aunque apenas queden palabras". Cada una de las subdivisiones del texto ("*Identikit*", "*Retórica*", "*Lógica*", "*Traducción*", "*Cuestionario*", etc.) nos proporciona elementos para analizar prácticamente todas las dimensiones de una persona que se está perdiendo en los laberintos de un olvido que se evidencia como inexorable y progresivo. Selecciono dos breves párrafos donde se mezclan sensibilidad, lucidez, inteligencia y altísimas dosis de poesía: "(...) opera impecablemente por deducción, con lo cual compruebo, una vez más, que para pensar razonablemente no es necesaria la razón (...) me preguntaron qué tienen en común un pájaro y un árbol. Yo, intrigada: ¿Y vos que contestaste? Que los dos vuelan, me dijo, muy satisfecha...". A aquellos que decidan apropiarse del texto de Molloy les va resultar muy difícil no caer seducidos ante las ochenta páginas de la novela, imprescindible para los interesados en los procesos de envejecer, las demencias y el paso del tiempo en general.

El resto de los relatos acompaña más que dignamente, alcanzando picos altos en dos autores mexicanos de prosa elegante y distinguida: Mario Bellatin y Margo Glantz, que registran los sufrimientos de sus personajes de manera poco convencional acercándose a Cesar Aira en el primer caso y a Juan Villoro en el segundo. Para concluir, narraciones bien llevadas, con ideas que permanecen en la mente, fuente de reflexiones posteriores e impecables desde el punto de vista del estilo; difícil entonces que el lector quede defraudado ■

*"Devuélvanme mi vida, por favor. La herida es más grande de lo que pensábamos. Y, al revés de lo que pensábamos, el tiempo no la cicatriza: la abre cada vez más, la profundiza, la hace sangrar. Es así: hora de rendirse. Es como esas historias de terror donde alguien rompe un amuleto y pierde una parte y despierta a un dios de un sueño de milenios y lo ofende, y el dios herido empieza a vengarse y no para de matar, de perseguir, de enloquecer a la gente hasta que alguien encuentra la parte que faltaba y la reúne con la otra y todo vuelve..."*

Alan Pauls.