



cleptios

una revista de
residentes de
salud mental

40

clepios 40

una revista de residentes
de salud mental

Coordinadores	Dr. Javier Fabrissin Dr. Federico Rebok Lic. María Laura Ormando
Comité de Redacción	Dr. Juan Costa Dra. Ivana Druetta Lic. María Juliana Espert Dr. Pedro Roggiano Lic. Julia Vallejo
Colaborador	Lic. Alejandro Vainer
Comité Asesor	Lic. Martín Agrest Lic. Jazmín Barrientos Lic. Fernanda Feijoo Dr. Alexis Mussa Dr. Martín Nemirovsky
Diseño	Estudio THISIGN

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual N° 1603324 - ISSN N° 1666-2776 - Hecho el depósito que marca la ley.
Clepios, Vol XII - Nro. 2 - Junio / Septiembre 2006.

Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S. A.

***Clepios, Una Revista de Residentes de Salud Mental**, es una publicación de **Polemos, Sociedad Anónima**.

Informes y correspondencia: Clepios, Moreno 1785 5° piso (1093) Buenos Aires. Tel/Fax 4.383-5291.

E-mail: clepios@hotmail.com www.editorialpolemos.com.ar

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 exclusiva responsabilidad de sus autores.

Impreso en: Servicio Integral Gráfico - Cóndor 2877 - Ciudad de Buenos Aires.

Comité de lectura

Lic. Elena de la Aldea (Buenos Aires)
Dr. Jacinto Armando (Buenos Aires)
Lic. Soledad Belcasino (Córdoba)
Lic. Lía Bikel (Buenos Aires)
Dra. Silvia Bleichmar (Buenos Aires)
Dr. Norberto Conti (Buenos Aires)
Prof. Dr. Arturo Corrales (Tucumán)
Dr. Vicente Donnoli (Buenos Aires)
Lic. Liliانا Donzis (Buenos Aires)
Lic. Alfredo Eidselzstein (Buenos Aires)
Lic. Elida Fernández (Buenos Aires)
Dra. Doris Flores (Salta)

Dr. Emiliano Galende (Buenos Aires)
Dr. Anibal Goldchluk (Buenos Aires)
T.S. Cristina González (Córdoba)
Lic. Hugo Hirsch (Buenos Aires)
Dra. Gabriela Jufe (Buenos Aires)
Prof. Gregorio Klimovsky (Buenos Aires)
Dr. Alejandro Lagomarsino (Buenos Aires)
Dr. Gabriel Lombardi (Buenos Aires)
Lic. Juana Marrón (Buenos Aires)
Dr. Daniel Matusevich (Buenos Aires)
Dr. Rodolfo Moguillansky (Buenos Aires)
Dr. Alberto Monchablon Espinoza
(Buenos Aires)

Lic. Oscar Montivero (Salta)
Lic. Laura Mosquera (Buenos Aires)
Dr. Luis Alberto Semper (Corrientes)
Dr. Juan Carlos Stagnaro (Buenos Aires)
Dr. Gerardo Stein (Buenos Aires)
Lic. Alicia Stolkiner (Buenos Aires)
Dr. Sergio Strejilevich (Buenos Aires)
Dr. Fabián Triskier (Buenos Aires)
Dr. Fernando Ulloa (Buenos Aires)
Lic. Alejandro Vainer (Buenos Aires)
Lic. Adriana Valmayor (Buenos Aires)
Lic. Marta Vega (Buenos Aires)
Lic. Débora Yanco (Buenos Aires)

+ c 40

52

Violencia institucional y modelos de formación profesional en las decisiones de internación psiquiátrica
Lic. Ana Silvia Valero



61

ARQUEOLOGÍA DE LAS RESIDENCIAS

Lic. Alexis Mussa
Dr. Federico Pavlovsky

Memorias para el futuro 28:

Final del Juego

Lic. Alejandro Vainer

Historia de la Residencia de Salud Mental en el Hospital Gral. de Agudos

Dr. E. Tornú

Dra. Ana Izaguirre

Lic. Teresa de Dann

Dra. Silvana Navarta

57

Residencial, ¿resistencial?
Lic. Luis Sanfelippo



68

RELATOS CLÍNICOS

Un milagro para Jonathan

Dra. Alexia Rattazzi

Comentario de relatos clínicos:

Dr. Ernesto Wahlberg

editorial

Ser un profesional en formación es, en alguna medida, iniciarse, estar en los comienzos de un recorrido, pero no necesariamente como si fuese la primera vez. Damos nuestros primeros pasos como profesionales en nuestras residencias habiendo completado una formación de grado, que nos aporta determinadas herramientas para enfrentar los problemas que se presentan desde la clínica, pero que, a la vez, rápidamente en este recorrido, debemos ubicarlas como modos de abordajes parciales. De esta manera, constantemente necesitamos recurrir a otros abordajes complementarios para dar mejores respuestas a quienes nos consultan.

Como en otras circunstancias, nuestras prácticas, experiencias y lecturas se montan sobre desarrollos que nos preexisten y nos valemos, o deberíamos valernos, de los mismos para buscar los caminos que nos permitan sortear las dificultades con las que nos enfrenta nuestra labor diaria. En efecto, estas palabras ya fueron enunciadas de alguna manera en algún editorial previo de la revista.

Recuperarlas aquí tiene al menos dos intenciones, en ocasión de la edición N° 40 de Clepios. En primer lugar, señalar el valor que portan en su contenido desde la perspectiva que ofrece la publicación sostenida de la revista a lo largo de más de once años: más de 230 artículos publicados, escritos por residentes de diversas disciplinas y en distintas áreas de la práctica (psiquiatría, psicoanálisis, ciencias cognitivas, psicofarmacología, neurociencias, psicopedagogía, trabajo social) y más de 110 trabajos escritos por reconocidos profesionales de las distintas profesiones que componen nuestro campo. Las páginas de la revista también se vieron enriquecidas con trabajos provenientes de las Ciencias Sociales. A lo largo de su propio recorrido, se fueron agregando secciones que dieron espacio para la descripción y difusión de rotaciones en diversos servicios asistenciales del país y del exterior, para la crítica de libros de reciente publicación que pudieran resultar de interés, para la descripción, por parte de colegas con mayor experiencia y recorrido, de la bibliografía que les haya aportado herramientas útiles para la resolución de problemas clínicos.

En este sentido, mirar desde el ángulo del trabajo realizado permite enfatizar el valor de sostener una actividad en el tiempo, de sostener la oferta de un espacio para el *diálogo* y el *intercambio*. Ese *diálogo* que, muchas veces,



73

YO ESTUVE EN...

Invisible. Crónica de una rotación por APS en el año 2004

Lic. María Laura Ormando



89

REPORTAJE

Reportaje a Verónica Roma



76

CLEPIOS INVESTIGA

Uso de Aripiprazol en pacientes con Esquizofrenia Residual

Dr. J. J. Vilapriño Duprat,
Dr. Immerso Juan Pablo,
Dr. Alcalde, Rodrigo. Dra. Frites, Alicia

93

LOS CINCO LIBROS QUE

MÁS ME MARCARON

Prof. Dr. Gerardo Fasolino
Lic. María Bernanda Pérez

80

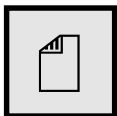
LO HUBIERA SABIDO ANTES

Un acercamiento a la psicomotricidad

Dra. Débora Schojed-Ortiz, M. Albano
V. Ducasa, M. M. Laraya, N. López, P.
Tosto, M. Zoppi

94

COMENTARIO DE EVENTOS



86

CADÁVER EXQUISITO

La formación de los residentes del GCBA

Dr. Juan Carlos Stagnaro
Dr. Eduardo Keegan

94

CARTA DE LECTORES

lleva a señalar los defectos y flaquezas de nuestro sistema de formación, de las instituciones en las cuales se desarrolla, de los contenidos que se ofrecen, de las alternativas de trabajo que se plantean al finalizar el mismo, de nuestro modo de posicionarnos frente a estos obstáculos. Y el *intercambio* de experiencias que también nos debería permitir apreciar los caminos recorridos, los terrenos ganados, las metas alcanzadas.

Las huellas que otros han dejado, y siguen dejando, con frecuencia se han borrado o dispersado. (...) en el seno mismo de las residencias (...) la solución o salida elegida casi siempre es individual. ¿Qué voy a hacer cuando salga de la residencia? Se podrían pensar dos formas diferentes de transcurrir una residencia. Una eminentemente individual, no sujeta a muchas complicaciones, desprovista de encuentros y desencuentros. (...) Habría otra forma, más difícil de amalgamar, con muchos más impedimentos. Claro que con resultados mucho más enriquecedores y fructíferos.

Pareciera que más allá y con todo el trabajo realizado a lo largo de los años hay preguntas, inquietudes, malestares, que persisten en el tiempo. Aquí se ubica la segunda intención de la cita del comienzo: poder tomar estos recorridos como fuerza impulsora que, a través de los efectos que produjo, la energía que produce, genere nuevos movimientos, renovación de objetivos, nuevos desafíos. Porque frente a la persistencia de algunos problemas y obstáculos que se pueden encontrar releando material de la revista de generaciones anteriores de residentes se plantean, al menos, estas tres alternativas: dar la batalla por perdida y buscar que eso que molesta moleste lo menos posible, sin buscar alterar nada en ese estado de cosas; ver qué se hizo, en otras circunstancias, frente a tales y cuales obstáculos y tratar de analizar las condiciones que llevaron a no poder sortearlos; inventar nuevas maneras de posicionarse frente a los mismos en cada hospital, a nivel de cada residencia, o buscando consensos mayores entre las distintas residencias a nivel de la ciudad, la provincia o todo el país. Nuevamente es ésta nuestra propuesta desde Clepios.

>

LA REDACCIÓN

[clepios@hotmail.com]

Violencia institucional y modelos de formación profesional en las decisiones de internación psiquiátrica



Ana Silvia Valero
Lic. en Antropología, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP. Maestranda en Ciencias Sociales y Salud (Flacso – Cedes). Becaria de Doctorado (Conicet, período 2003- 2007), Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. [budmann@arnet.com.ar]

Este trabajo fue presentado en las VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Organizado por el Área Salud y Población, Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 25 al 27 de julio de 2005.

“...en el punto, más brevemente, en que se encuentran el Tribunal y el sabio, donde se cruzan la institución judicial y el saber médico o científico en general, en ese punto se formulan enunciados que tienen el status de discursos verdaderos, que poseen efectos judiciales considerables y que tienen, sin embargo, la curiosa propiedad de ser ajenos a todas las reglas, aún las más elementales de formación del discurso científico...” (Foucault, M.; 2000: 25).

I. Introducción

En los últimos años diversas problemáticas han estimulado el desarrollo de discusiones conceptuales y epistemológicas entre el Derecho y disciplinas vinculadas a la Salud. Una temática que compromete, además del Derecho, específicamente a disciplinas del área de la Salud Mental y cuya discusión no cuenta hoy con gran visibilidad, es la comprendida por los procesos de decisión que conducen al inicio de internaciones psiquiátricas.

Los ya viejos debates provenientes del campo de la Psiquiatría y de las Ciencias Sociales respecto de las consecuencias perjudiciales que acompañaban a las internaciones psiquiátricas efectuadas bajo las condiciones del modelo tradicional asilar (Goffman E., 1970; Basaglia, F., 1972; Estroff, S., 1981; Rosenhan, D., 1984), han actualmente perdido intensidad. Sin embargo, las antiguas y deficitarias estrategias terapéuticas se encuentran todavía lejos de ser superadas dado que en algunos ámbitos asistenciales cuentan aún con plena vigencia.

Del conjunto de las internaciones psiquiátricas, las que en

particular incluyen la participación del Poder Judicial en las instancias que preceden a la internación a través de la confección de Ordenes Judiciales, expresan los rasgos emergentes de las relaciones interinstitucionales comprometidas (entre el Sistema de Salud y Sistema de Justicia). Por emplazarse en la bisagra interinstitucional en la que convergen la institución jurídica y la institución de salud, el mencionado tipo de internaciones, se manifiesta como un objeto de estudio evasivo y cambiante. Como sugiere el epígrafe, en este trabajo orientaremos nuestra atención hacia las reglas que articulan los intercambios que se observan entre los dos ámbitos en cuestión.

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires¹, los mecanismos por medio de los cuales se decide una internación si bien pueden responder formalmente a las exigencias de los marcos legales, regulatorios y técnicos vigentes al nivel provincial², pueden sin embargo, reflejar una amplia variedad de comportamientos capaces de socavar las finalidades terapéuticas de las internaciones mismas y a la vez contradecir el marco legal internacional de jerarquía constitucional³. Es decir, las intervenciones que conducen a las

internaciones psiquiátricas por Orden Judicial resultan de la puesta en juego de criterios ampliamente variables que tienden a eludir una formulación explícita y sistemática. Según Bourdieu (2001: 183-184), la variabilidad de comportamientos pueden responder tanto a variables organizativas como a la composición del grupo decisorio como a las cualidades de los justiciables⁴. En contraposición, autores como Donald Schön (1992), atribuyen la mencionada variabilidad a la existencia de lagunas normativas y técnicas (de las diversas profesiones comprometidas) y son designadas como 'áreas indeterminadas de la práctica profesional'. En el contexto bajo estudio puede observarse que cada tribunal cuenta con cierto margen de resolución singular de los problemas a los cuales se enfrenta. De este modo, cada Tribunal diseña o elabora sus propios recursos específicos procurando hacer valer su punto de vista frente a los Equipos de Salud de los establecimientos asistenciales a los cuales se derivan las personas cuya internación está en cuestión. Lo anterior se refleja en el uso diferencial de formatos diversos de órdenes judiciales. Por ejemplo, Ordenes Judiciales de internación bajo Apercibimiento Penal generan en el Equipo de Salud receptor una mayor 'obediencia' que las Ordenes Judiciales que, sin Apercibimiento mediante, solicitan al equipo asistencial una Evaluación y eventual Tratamiento (Valero, A., 2003). La mecánica institucional de la internación se torna más compleja cuando los tribunales implementan recursos complementarios como las denominadas 'internaciones programadas' que constituyen, en realidad, una más sutil y disimulada estrategia del Poder Judicial para hacer valer sus decisiones (Valero, A., 2005).

Por su parte, los Equipos de Salud que reciben las derivaciones, presentan también una amplia diversidad de criterios que refleja la composición diversa de sus equipos profesionales y que tiene por resultado las frecuencias oscilantes con que se efectúan rechazos de Ordenes Judiciales.⁵

Por otro lado, tal como plantea A. Kraut (1998: 405-420) las relaciones interinstitucionales no son necesariamente consensuales sino que comprenden tensiones y terrenos en disputa sobre las competencias disciplinarias, como por ejemplo, sobre la pertinencia de una internación y sobre la definición del establecimiento correspondiente para efectuar una derivación. El emergente de la interacción de los dos contextos institucionales, con sus fuentes respectivas de diversidad, es la configuración del proceso que conduce a la internación psiquiátrica como un territorio impreciso.

Para estar en condiciones de elaborar propuestas superadoras capaces de canalizar las relaciones interinstitucionales de acuerdo a criterios explícitos y fundamentados en la atención a los intereses terapéuticos y los derechos de las personas cuyas internaciones se dirimen, es que se torna necesario rastrear, dentro de la aparente irracionalidad, la existencia de una cierta lógica, una cierta racionalidad en el quehacer de los equipos de salud y de los operadores judiciales y sus interrelaciones. En este sentido, consideramos que lo que en ambos ámbitos institucionales se presenta como impreciso y fuera de toda lógica, merece ser reconsiderado desde un punto de vista que tienda a desentrañar

el sentido y los rasgos formativos que guían el quehacer de los conjuntos profesionales de los dos contextos que participan de las decisiones. Consideramos particularmente fértil adoptar, frente al problema planteado, una aproximación que resulte sensible a los sentidos de la formación de los profesionales en la práctica cotidiana. La pertinencia de este enfoque responde a que los lineamientos de formación particulares que afectan a los dos conjuntos profesionales considerados condicionan las bases conceptuales y prácticas que concretamente se manifiestan en el campo de las decisiones de internación.

La fundamentación del encuadre que se delinea a continuación, se respalda en los diversos aportes formulados recientemente desde el campo de la Pedagogía tales como la perspectiva de la investigación - acción (Elliot, J.,1996;Schön, D.,1992) y la Educación Permanente en Salud (Davini, M.C.,1996). Siendo el último aporte mencionado especialmente clarificador para este trabajo, en tanto afirma que toda práctica profesional supone necesariamente la adscripción de la misma bajo alguna opción formativa. Es decir, que toda práctica formativa revela tres rasgos fundamentales: se asienta en determinados supuestos respecto del enseñar y el aprender, supone una opción a favor de un modelo de enseñanza - aprendizaje o modelo pedagógico particular y, finalmente, produce efectos, de los cuales una parte pueden ser explícitamente buscados y otros imprevistos (Davini, M.C.,1996).

Los modelos de formación profesional están conformados por correlaciones entre las finalidades educativas, las prácticas, las relaciones de enseñanza - aprendizaje, la naturaleza de la dinámica al interior de los equipos de trabajo y las relaciones entre diversas profesiones que componen el equipo (Davini, M.C.,1996). En este trabajo se toma como punto de partida que los modelos de formación profesional se extienden más allá de las instancias o momentos formales 'académicos' de desarrollo profesional: como las del sistema de residencias en salud y las actividades de formación académica de especialización de los operadores judiciales y de salud. El foco de nuestra atención se dirige hacia los contextos en que las relaciones de enseñanza - aprendizaje y las intencionalidades pedagógicas resultan, para los mismos profesionales, menos conscientes y disponen de escaso reconocimiento formal. En dichos contextos, resulta poco frecuente el cuestionamiento sobre quién enseña a quién y sobre qué condiciones afectan el aprendizaje sobre la práctica. Asumimos entonces, que la formación profesional no se agota con la formación formal y académica y, suponemos, en cambio, que el contexto cotidiano e informal de la práctica profesional forma parte esencial de una formación que aunque 'pretendidamente inintencionada', produce efectos sobre los sujetos profesionales.⁶ Debilitadas las finalidades terapéuticas, el proceso que conduce a la internación jaquea los derechos de las personas involucradas en calidad de 'pacientes', o 'causantes' cuya voz se descuenta desacreditada a lo largo de las diversas instancias institucionales de todo el proceso. Tres interrogantes centrales orientan nuestro análisis. Procuraremos a lo largo de este trabajo al menos ensayar algunas posibles respuestas: ¿Qué elementos de las

relaciones de enseñanza – aprendizaje de los dos contextos institucionales considerados son cruciales para las decisiones de internación de una persona? ¿Existen elementos comunes en los modelos de formación profesional que predominan en los dos contextos? ¿Qué rasgos de los modelos de formación condicionan las posibilidades de transformación de las relaciones interinstitucionales?

El abordaje del problema considerado se basó en una metodología de tipo cualitativa orientada bajo un enfoque etnográfico. Esta aproximación se presenta como especialmente adecuada a los fines de este trabajo por disponer de recursos teóricos y metodológicos capaces de iluminar los aspectos menos visibles de las relaciones institucionales. El referente de investigación se compone de una serie de entrevistas en profundidad realizadas, por un lado, a los profesionales integrantes de dos Tribunales de Familia de dos Departamentos Judiciales de la Provincia de Buenos Aires y, por otro, a los integrantes de los Equipos de Guardia y Especializado perteneciente a la Región Sanitaria XI de la misma provincia. De los casos de internaciones psiquiátricas, fueron considerados sólo aquellos que llegaron a plasmarse en el ámbito judicial por medio de una denuncia de un familiar o un allegado.

II. Desarrollo

Para una mayor claridad en la presentación del siguiente apartado, su contenido se ha diferenciado en dos partes: las relaciones de enseñanza – aprendizaje en Tribunales de Familia, las relaciones de enseñanza - aprendizaje en los Establecimientos Asistenciales de Salud.

II.1.

Relaciones de enseñanza – aprendizaje en el Tribunal de Familia o: "... entonces, pido a la asistente social que vaya a la casa o que cite..."

Desde la conformación en 1994 de los Tribunales de Familia, la ley 11.453/94 establece que los mismos deberán contar con un cuerpo técnico auxiliar destinado a asistir interdisciplinariamente a jueces y a consejeros de familia. Dentro de los Tribunales de Familia, las actividades y funciones se organizan según una estructura jerárquica y de acuerdo a la naturaleza de las causas que se tramitan en el Fuero. En el área de Salud Mental convergen los procedimientos judiciales relacionados con las internaciones, los Juicios de Insania y de Inhabilitación. Dentro del Tribunal, el área de Salud Mental suscita una serie de valoraciones negativas. En referencia a su reciente designación a cargo del área de Salud Mental dentro del Tribunal, una abogada del Tribunal de Familia 'A'9 refería: "...para mí fue un golpe muy fuerte, porque yo supuestamente venía de un lugar de mucho prestigio y después pasaba en medio de todos los locos. O sea, que para mí no fue una ...no fue grato... fue, al contrario, totalmente shoqueante y frustrante y no quería..."

Las valoraciones negativas también parecen estar asociadas a la ausencia en los procedimientos judiciales de internación de prácticas que sean evaluadas por los mismos profesionales como de interés para su propio desarrollo. Según un médico psiquiatra, miembro del Cuerpo Técnico auxiliar del Tribunal de Familia 'A': "...de cualquier manera Insania, que es lo que nos toca, digamos, es la fea del baile; a nadie le gusta, es un tema aburrido, engorroso en lo jurídico. Creo que les atrae muy poco a los abogados ocuparse del tema...". [...] "No sé si esto tiene que ver con ...que jurídicamente no les presenta ningún atractivo jurídico particular, digamos, porque una intervención es casi una intervención de aplicación de una norma o de una ley, nada más y ahí se termina. No existe como en otras áreas esta cuestión más confrontativa, más querellante. Confrontativa, querellante, digamos. Algo que va a establecer... incluso a estimular un estudio o... no, esto es algo que vienen, se hace un informe, se presenta un pedido y listo y ahí se termina..."

Sólo un reducido número del conjunto de operadores judiciales están a cargo de la temática de Salud Mental. La división del trabajo dentro del Tribunal opera de tal manera que el Cuerpo Técnico Auxiliar presta sus funciones a las diversas causas que allí se tramitan, entre ellas se destacan, además de las vinculadas en forma específica al área de Salud Mental: Divorcios, Régimen de visitas, Alimentos, Filiación /reclamo por Paternidad, Tenencia de hijos, Exclusión del hogar.

En temáticas relacionadas con la Salud Mental, el médico psiquiatra se erige dentro del Cuerpo Técnico como la persona que concentra en sí misma las decisiones de internación, es también quién define la necesidad de efectuar la evaluación sociofamiliar preliminar y de convocar a tal fin la participación de asistentes sociales y psicólogos. En consecuencia, asistentes sociales y psicólogos desempeñan su labor en otras áreas de trabajo del Tribunal hasta que su actividad es demandada por pedido del médico psiquiatra. De acuerdo a una abogada miembro del Tribunal de Familia 'B' la participación de los diversos profesionales del Equipo Técnico Auxiliar se define según: "...Equipo técnico: médico psiquiatra, psicólogos y asistentes sociales que intervienen sólo cuando hay una cuestión familiar, cuando no hay acompañamiento en el tratamiento ambulatorio, cuando hay menores de por medio...". El criterio es compartido en el mismo Tribunal por la médica psiquiatra del Cuerpo Técnico "...Claro, digamos, la primera entrevista es conmigo, ahí se define si se interna, si no se interna. Hay casos que están en el filo y yo como que tengo la tranquilidad de decir: 'Bueno, no se interna, porque no veo nada, o veo algo pero todavía me da tiempo a maniobrar', entonces, pido a la asistente social que vaya a la casa o que cite, que tienda alguna red y después con las dos informaciones nos sentamos dos minutos: mirá a mí me parece que sí o no. No, a mí me parece que este chico tiene que internarse...". [...] "...y en base a eso evaluó, sobre todo, es la peligrosidad, ¿sí?, o la posibilidad de esa persona de hacer o no el tratamiento, porque muchas veces no es tan peligroso... Pero tiene tan poca contención en derredor, tiene tan poca red que es necesario internarlo, ¿entendés?...". [...] "...pero

yo pido la intervención de la asistente social cuando en general hay alguien indefenso, en general son los viejos, cuando veo que yo tengo que internar una mamá que tiene cinco pibes...”.

II.2.

Relaciones de enseñanza – aprendizaje en el Establecimiento Asistencial de Salud o: “... yo me acuerdo de las palabras del Dr. González, que decía...”

Los Equipos de Salud pertenecientes a la Guardia Psiquiátrica del Establecimiento Asistencial están compuestos por miembros de diverso perfil profesional (médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales), pudiendo cada uno de ellos poseer variable grado de formación (concurrentes, residentes y miembros efectivos del personal profesional de planta del establecimiento) y diferentes niveles jerárquicos.

Dentro de la Guardia, el mayor peso de las decisiones recae sobre los médicos psiquiatras que se encuentran a cargo de la misma bajo la supervisión de un Jefe de Servicio. Las bases conceptuales y prácticas para orientar las decisiones en este marco están aún lejos de alcanzar un grado de acuerdo mínimo con respecto a las internaciones psiquiátricas que se tramitan por intermedio de Órdenes Judiciales. En el mismo sentido, el Jefe del Servicio a cargo del personal responsable de las guardias reconoce el amplio margen de variabilidad presente en los criterios intervinientes en las decisiones: “...O sea, hay que darse cuenta que el hecho de internar o no internar no deja de ser finalmente un acto médico y el criterio médico es individual. Pero sí hay gente que más... que está más dispuesta a rechazar cuando no hay causa médica que otros, en función de su historia. Qué sé yo, si yo antes una vez rechazé a alguien...”.

Las relaciones de enseñanza – aprendizaje que pueden reconocerse entre el médico de planta y los residentes (cualquiera sea su perfil profesional) dentro de la Guardia Psiquiátrica, parecen encontrarse en realidad distantes de las finalidades formativas que acompañaron la creación de las Residencias en Salud como una estrategia de formación de profesional orientada a la transformación de las prácticas. Al respecto, una Psicóloga de primer año de la Residencia afirmaba que: “...Mirá, cuando llegué, entré en la Guardia, José (médico psiquiatra a cargo de la Guardia) me dijo: ‘Tomá, aprendé esto. Esto es bajo Apercibimiento y esto no es Bajo Apercibimiento. Son las únicas diferencias. La única diferencia que me marcaron entre órdenes judiciales, no más que eso. Y por lo que yo conozco de la práctica es lo único que llega...”.

Otro tipo de relaciones de enseñanza – aprendizaje es aquella que ejercen quienes desde el ámbito académico recibieron el reconocimiento de ser considerados como referentes expertos autorizados. Sus afirmaciones emanan su propio prestigio y cuentan, igual que en el caso anterior, de un ‘halo’ de verdad que las torna indiscutibles no sólo para quienes tienen un grado de formación menor sino también para quienes se ubican en los grados intermedios y elevados. Una médica psiquiatra perteneciente al personal

profesional de planta del Establecimiento Asistencial, con veinte años de antigüedad en la institución, evocaba los consejos de un fallecido médico especialista considerado en el ámbito académico como un referente indiscutido: “... Me acuerdo de las palabras del Dr. González, que decía: ‘la Orden del Juez, es una Orden que hay que cumplir, si el paciente ustedes consideran... bueno, que la evaluación es una evaluación muy superficial porque uno ve al paciente una hora, no lo ve más ¿eh?...consideran que no es para internar, después, en el tiempo, se lo estudia bien y se le fundamenta por escrito al Juez por qué no merece internación, pero de entrada se lo interna. Así no diga la Orden del Juez ‘Bajo Apercibimiento’...”.

Las relaciones de enseñanza – aprendizaje se estructuran a partir de vínculos marcadamente asimétricos entre quienes se desempeñan en el papel de ‘docente’ o ‘formador’ y quienes cumplen el papel de los ‘alumnos’ o ‘formados’. Son los ‘formadores’ los que prescriben soluciones o revelan verdades presentadas como absolutas sin favorecer el desarrollo de actitudes reflexivas activas, por parte de quienes son ‘formados’, acerca de los modos posibles de resolver los problemas emergentes de su propia práctica profesional. En los dos casos analizados, las relaciones de enseñanza – aprendizaje configuradas plantean una asimetría tal que mientras un extremo revela verdades acabadas, el otro extremo acepta en forma pasiva cuanto se le ofrece. La dificultad de este estado de cosas reside en que al reducir a su expresión mínima las capacidades reflexivas que sobre la práctica tienen quienes son formados, bajo el encuadre descripto, se desperdicia el potencial educativo de las problemáticas propias de las situaciones de trabajo.

III. Conclusiones

Las valoraciones negativas que despierta el Área de Salud Mental dentro del Tribunal de Familia, la fragmentación de los saberes que se hace presente al ser el médico del Equipo Técnico Auxiliar del Tribunal quien evalúa en un primer momento los ‘aspectos socioambientales’ y de algún modo busca ‘filtrar la demanda’ de los sobrecargados trabajadores sociales y psicólogos, y la jerarquía y la relevancia del reconocimiento académico que enmarcan las relaciones de enseñanza – aprendizaje en el Establecimiento Asistencial, constituyen limitaciones de naturaleza semejante por remitir a las particularidades de la formación de los conjuntos de profesionales. En todos los casos, a su vez, se hace presente un conocimiento totalizador, acabado o terminante que no ofrece margen alguno de dudas o espacio para la reflexión crítica, neutraliza el diálogo y la posibilidad de reconocer contradicciones.

Los modelos de formación profesional de los dos contextos analizados presentan al menos tres rasgos comunes: jerarquización, fragmentación de saberes, ausencia de interdisciplinariedad. El condicionamiento recíproco que tiene lugar entre las deficiencias de los fundamentos que respaldan los pasos previos a la internación y las características comunes de los modelos de formación profesional, tanto en los Tribunales como en los Equipos de Salud, da

cuenta de los obstáculos que median para la transformación de las relaciones interinstitucionales. Indica también, la necesidad de indagar con profundidad en las posibles alternativas pedagógicas y sus eventuales consecuencias para los equipos de trabajo y sus prácticas. En este sentido, consideramos que un paso inicial e ineludible consiste en la búsqueda de estrategias de enseñanza – aprendizaje al interior de los equipos de trabajo que resulten apropiadas

para potenciar las capacidades colectivas de reflexión crítica sobre la práctica profesional cotidiana.

Lejos de concluir, planteamos los interrogantes que podrán orientar las indagaciones futuras: ¿Qué modelos de formación alternativos pueden conducir a una transformación de las relaciones interinstitucionales? ¿Qué relaciones guardan los modelos formativos en relación con la violencia institucional?

NOTAS

1. La identificación del problema de estudio es resultado de sucesivas aproximaciones de exploración y profundización en el conocimiento desarrollado a lo largo de seis años de investigación en la temática.

2. En el orden nacional, los procedimientos de internación psiquiátrica de personas están regulados por el Código Civil, el Código de Procedimiento Civil y Comercial de la Nación y por la ley 22.914/83. Al nivel provincial, los procedimientos judiciales están regulados por el Código Civil, el Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de Buenos Aires y la ley 7.962/72 que refiere a los casos de internación en los que media una intervención policial. R. Magrini y M. Ganora (2000) plantean que la legislación de la provincia de Buenos Aires resulta mucho menos exigente en lo que atañe a los deberes de los jueces y del Ministerio Público de custodiar los derechos de los internos psiquiátricos, a diferencia de los que establece la ley nacional 22.914/83.

3. Nos referimos al conjunto de Tratados Internacionales que mediante la Reforma Constitucional de 1994 adquirieron jerarquía constitucional. Dentro del conjunto, los tratados pertinentes a la temática aquí analizada son: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).

4. En palabras de P. Bourdieu (2001): “Aunque la existencia de reglas escritas tiende, indudablemente, a reducir la variabilidad de los comportamientos, las conductas de los agentes jurídicos pueden referirse y plegarse más o menos estrictamente a las exigencias de la ley queda siempre una parte de arbitrariedad en las decisiones judiciales (así como en el conjunto de actos que les preceden y preterminan, como puedan ser las decisiones de la policía relativas al arresto), imputable a variables organizativas como la composición del grupo decisorio o las cualidades de los

justiciables”.

5. En un estudio acerca de las prácticas de un Equipo de Emergencias Psiquiátricas, se afirma que las prácticas de los profesionales incluyen gestos que son transmitidos de generación en generación y que sin estar orientados por finalidad terapéutica alguna posibilitan la perpetuación de los equipos de salud pasando por alto las contradicciones de sus propias prácticas (Rhodes, L., 1993).

6. Por otro lado, debemos agregar que focalizar nuestro estudio en la formación profesional que se recrea en los contextos bajo indagación posee una doble ventaja heurística: en primer lugar, reúne bajo una misma categoría inclusiva de análisis tanto las prácticas como las bases conceptuales puestas en juego y, en segundo lugar, refiere a la formación profesional en términos del conjunto que constituye la unidad o equipo de trabajo.

7. Utilizaremos las designaciones ‘A’ y ‘B’ para diferenciar las observaciones provenientes de cada uno de los dos Tribunales de Familia estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

BASAGLIA, F. (1972) La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Barral editores, Barcelona.

BOURDIEU, P. (2001) “La fuerza del Derecho. Elementos para una Sociología del campo jurídico”. En: Poder, Derecho y Ciencias Sociales. Desclée, 2° ed., España.

Convención Americana sobre Derechos Humanos. Suscripta en San José, Costa Rica, 22 de noviembre de 1969. Ratificada por la República Argentina por Ley 23.054.

DAVINI, M. C. (1996) Educación permanente en Salud. Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltext, N° 38.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Aprobada en la IX Conferencia Internacional Americana. Bogotá, Colombia, 1948.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y Proclamada por la Res. 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948.

ELLIOT, J. (1996) El cambio educativo desde la investigación – acción. Ed. Morata, Madrid.

ESTROFF, S. (1981) Making it crazy. University of California Press, Berkeley, USA.

FOUCAULT, M. (2000) Los Anormales. Fondo de cultura económica, Buenos Aires.

GOFFMAN, E. (1970) Internados. Ensayo so-

bre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editores, Buenos Aires.

KRAUT, A.J. (1998) Responsabilidad civil de los psiquiatras en el contexto de la práctica médica. Ediciones La Rocca, Buenos Aires.

LEY 7.967/72 “Procedimiento Judicial. Dementes”. Publicación en Boletín Oficial 13-12-1972.

LEY 11.453/93 “Ley de Creación del Fuero de Familia”. Sancionada por Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, 14 de octubre de 1993. Con modificaciones introducidas por la Ley 12.318.

LEY 22.914/83 “Salud Pública”. Publicación en Boletín Oficial 10-09-1983.

MAGRINI, R. y M. GANORA (2000) “Informe sobre violaciones graves de los derechos humanos (tratos y penas crueles inhumanas y degradantes) a presos y minusválidos psiquiátricos ‘Colonia Montes de Oca’ y Hospital Neuropsiquiátrico ‘Domingo Cabred’”. Editado electrónicamente por Equipo Nizkor, Buenos Aires.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Suscripto en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América, 19 de diciembre de 1966. Ratificado por la República Argentina por Ley 23.313.

RHODES, L. (1993) “The Shape of Action. Practice in Public Psychiatry”. Knowledge,

Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life. University of California Press, California.

ROSENHAN, D. (1984) “On being sane on insane places”. En: Watzlawick, P. The invented reality. Norton and Company eds., USA.

SCHÖN, D.A. (1992) La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós, Barcelona.

VALERO, A.S. (2003) “Salud mental para ‘locos’? El caso de las prácticas de operadores judiciales y miembros de equipos de Salud Mental frente a internaciones psiquiátricas por Orden Judicial”. Ponencia presentada en: V Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

VALERO, A.S. (2005) “Campos de aplicación de un trabajo de investigación antropológica en el área de Salud Mental. Claves del desafío pendiente”. Cuadernos de Epistemología de las Ciencias Sociales, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Buenos Aires, N°7: 57-69.

VALERO, A.S. (2005) “Pasos judiciales hacia la internación psiquiátrica: reflexiones y posibles aportes desde la aproximación antropológica”. Revista de Antropología Avá, N°7:114-127.

Residencial, ¿resistencial?



Lic. Luis Sanfelippo
Residente de 3er. año (2004 -2005).
Hospital Álvarez

Trabajo que obtuvo el 2º Premio en la Categoría "Clínica Psicológica de Adultos" en las XI Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, 2004.

El caso R. :: De acuerdo a lo que "se estila" presentar en esta área, debería comenzar afirmando que llamaré R. al caso que leeré a continuación. Pero, ¿qué pasaría si decido utilizar la letra R. para referirme al conjunto de aquellos especialistas en responder múltiples choices de 100 preguntas, vale decir, nosotros, los residentes? Para resguardar su tranquilidad, aclaro de entrada que no pretendo realizar un psicoanálisis aplicado a los residentes, aunque muchas veces nos encontremos confundidos, angustiados, inhibidos, y con síntomas de la más diversa índole en relación a nuestra labor. Sin embargo, ¿no sería posible considerar estos fenómenos como probables efectos de ciertos lugares comunes que sostenemos? En otras palabras, el propósito del presente trabajo es el de explicitar algunos discursos y prácticas que circulan entre los residentes funcionando como obstáculo a una clínica orientada por el psicoanálisis. Utilizo aquí el término "discurso" para designar al conjunto de enunciados efectivamente pronunciados y sostenidos por los residentes, en la medida de que en ellos es posible leer las marcas que ubican una posición de enunciación.

De la universidad al hospital

Las diversas dificultades que se presentan en la práctica suelen ser pensadas desde tres perspectivas diferentes: se atribuyen al "paciente", al "analista", o a "lo institucional - cultural". Pero Lacan recomienda además "interpelar a la comunidad analítica como tal... respecto a lo que altera la pureza de la posición del analista frente a aquel de quien es garante, su analizado, en la medida en que él mismo, el analista, se inscribe y se determina por los efectos resultantes de la masa analítica, quiero decir de la masa de los analistas, en el estado actual de su constitución y de su

discurso." Les ruego entonces que me permitan hoy abordar el problema de los obstáculos clínicos desde lo que me atrevo a llamar la "masa residencial-resistencial", en la medida en que nuestras actividades, nociones, ideas, saberes, prejuicios, etc. condicionan la posición y los modos de nuestra intervención. Intentaré interrogar a partir de aquí sólo algunos de estos discursos y prácticas.

1) Las estructuras "psicopatológicas":

Es sabido el intento de Lacan por brindar elementos estructurales que, contra los posfreudianos, permitan oponer

neurosis y psicosis. Existen sobradas razones clínicas para esta distinción, y de ella se derivan diferentes direcciones en la cura. Sin embargo, ¿es posible hacer de los primeros seminarios de su enseñanza un compendio útil para diagnosticar? Mi pregunta no es descabellada, pues “adquirir habilidades para el diagnóstico” constituye el objetivo explícito de una de las materias centrales de la currícula de grado en la UBA. No estoy afirmando que el diagnóstico no tenga relevancia. Más bien, intento interrogar algunos efectos del énfasis puesto sobre este punto en la vulgata psicoanalítica con la que muchas veces nos manejamos.

Considero que muchas veces se omite subrayar las consecuencias derivadas del hecho de que todo lo que podría constituirse en un saber sobre las estructuras clínicas no surge de un estudio de campo o de una situación experimental, sino de tratamientos analíticos. En tal sentido, podríamos preguntarnos si cuando hablamos de “estructura” nos referimos a algo que podría ser pensado como “del paciente”. Vale decir, ¿podemos considerar a ella como absolutamente anterior e independiente del dispositivo que la sustenta? Si así fuera, ¿cuál sería la diferencia con la posición del psiquiatra o del psicólogo experimental, que cree poder observar desde “afuera”, como sujeto de conocimiento, los signos y síntomas de una patología? Se dirá entonces que en psicoanálisis las estructuras no son psicopatológicas sino “subjetivas”. De acuerdo. Pero recordemos entonces que el sujeto en psicoanálisis es efecto de una operación que lo produce, estando en su lugar el analista (que sólo es tal por aquella).

En unas conferencias dictadas en Sainte Anne, conocidas como “El Saber del Psicoanalista”, Lacan afirma: “El psicoanálisis... es lo que reproduce la producción de una neurosis... Esta neurosis que se atribuye no sin razón a la acción de los padres no es alcanzable más que en la medida en que la acción de los padres se articula justamente... por la posición del psicoanalista.” Es necesario leer atentamente estas frases para evitar el deslizamiento psiquiátrico que podrían conllevar. El análisis reproduce, es cierto, pero no simplemente una neurosis, siendo una analogía de ella, sino las condiciones de su producción. Lo que importa aquí son las operaciones y no la neurosis, supuestamente previa, pues la estructura transferencial con la que operamos es efecto de aquellas. Cuando este horizonte se pierde de vista, la psicopatología puede llegar a eclipsar el concepto de transferencia. Y esto, no es sin consecuencias sobre la práctica clínica.

La inhibición, tan común en aquellos que comenzamos a atender, ¿no podría pensarse acaso como el efecto no deseado de cierta transmisión que privilegia el saber psicopatológico por sobre la posición y las intervenciones del analista? Se espera realizar un diagnóstico, para evitar el desencadenamiento psicótico. Se espera el “desarrollo de la transferencia” para interpretar. Se espera, en fin, denotando la posición de quien está a cargo del tratamiento.

Por otro lado, ciertos problemas clínicos como “anorexia – bulimia”, “adicciones”, “trastornos de personalidad”, “psicosis ordinarias”, etc. introducen interrogantes pues no parecen adecuarse a los desarrollos canónicos de las estructuras clínicas. Frente a estos, se intenta buscar respuesta en ciertos planteos posteriores de la enseñanza de Lacan, esfuerzo que merece ser continuado. ¿Pero no sucede, al menos en algunos casos, que después de ciertas intervenciones se “despeja” la estructura, pudiéndose ubicar sólo entonces la posición del sujeto en relación al deseo del Otro y al goce? Responder afirmativamente esta pregunta conduce a pensar nuevamente al psicoanálisis como un dispositivo, más que como un corpus teórico válido para diagnosticar.

2) Observación de entrevistas y ejemplos:

Existe una práctica bastante generalizada en los hospitales. Consiste en incluir a los nuevos residentes como observadores “cada vez más participantes” en las entrevistas de admisión que realizan profesionales más experimentados (de un modo análogo a la propuesta de algunas pasantías universitarias). Ahora bien, en una praxis que intenta incluir el problema de la transferencia, ¿es posible considerar inocua esa presencia observante y silente del tercero? ¿No tiene ninguna ingerencia en los fenómenos que aparecerán en el dispositivo?

Más aún, suponiendo que se decida dejar de lado esta cuestión, podríamos preguntarnos qué se transmite al futuro practicante en una experiencia montada sobre una estructura eminentemente escópica. ¿O acaso no es ésta la satisfacción que se arma al convocar a alguien a “aprender” por la vía de la detección de ciertos elementos en la escena sostenida por dos personas que hablan? Queda claro que los contenidos que allí se produzcan no pueden constituir un saber factible de ser utilizado en la práctica posterior, si es que la consigna del “caso por caso” mantiene aún algún valor. Entonces, ¿el propósito consistiría en la observación de ejemplos que ilustren la teoría? ¿Se intentaría, quizás, mostrar cómo se parte de los fenómenos para buscar la “lógica del caso”? Si así fuera, ¿sería necesario para ello estar ahí presente? Hay quien podría creer que se trata de “aprender” la “escucha analítica”. Pero, dicha escucha, ¿se da de suyo? ¿O son las intervenciones que fundan el dispositivo las que ubican los lugares “analizante” y “analista”, creando las condiciones de posibilidad de “la asociación libre” y “la atención flotante”? ¿Es posible captar esto “viendo” como otro lo hace? ¿Qué nos haría pensar que esto no reforzaría una actitud de espera y observación del relato por parte del que escucha?

Por otro lado, existen oficios en donde es necesario aprender de alguien más experimentado un saber-hacer, para repetirlo en situaciones análogas. Pero, ¿qué sería en psicoanálisis una situación análoga? Nuevamente se impone

la pregunta por las razones para realizar entrevistas en conjunto.

Es cierto que es común destacar el valor de las intervenciones (tanto en las primeras entrevistas como en el curso de un análisis). Pero, lamentablemente, no siempre se acompaña el despliegue del ejemplo con un trabajo sobre el estatuto de la operación y la posición de quien la sostuvo. Entonces, frente a textos de intervenciones que terminan ubicados como ideales, dos opciones suelen aparecer: o bien, la inhibición, por no estar a la altura de él; o bien, la imitación, que permite salir de la primera, pero al precio de actuar con frases hechas, que no contemplan el recorrido de un tratamiento ni el lugar desde donde se opera. De este modo, se llega al colmo de esperar encontrar en las supervisiones algún ejemplo de intervención, que funcione como muletilla sobre la que se apoya la práctica.

3) La banalización de las nociones y conceptos:

“El sujeto se presenta diciendo...” “En la entrevista aparecieron tales significantes...” “El paciente se dirige al analista...” “El paciente repite...” La lista podría proseguir incluyendo más frases en la que diferentes términos introducidos por el psicoanálisis son utilizados de una manera cercana al sentido común. Muchas de ellas parecen partir de una presuposición de existencia: el sujeto no sería producido por una operación de corte, sino que se confunde con el paciente; el significante no es lo que representa al sujeto, sino cualquier palabra que aparece con insistencia en el discurso; el analista no es efecto de una intervención que lo ubicó en ese lugar, sino un sinónimo de aquél a quien se dirige el que consulta, etc. Partir de dicha existencia conduce a pensar el psicoanálisis como una práctica de develamiento: no hay producción de efectos sino revelación de aquello que permanecía que permanecía oculto en algún sitio. ¿Algunas de nuestras quejas respecto de que ciertos pacientes no “se hacen preguntas”, no están dispuestos a “ceder goce”, no “presentan síntomas”, consultan al “saber médico” etc, no pueden ser pensadas desde esta perspectiva por la que se supone que ciertos rasgos deberían estar presentes antes de la consulta? Que el dispositivo analítico funcione, implica montarlo. Es decir, realizar operaciones que permitan poner en forma un malestar. Cuando esta brújula se pierde, muy probablemente uno quede a la espera de un paciente demasiado ideal que “traiga” formaciones del inconciente para interpretarlas. O se vuelva común el rechazar pacientes, por no encontrar en ellos ninguna demanda. O, simplemente, aparezca impotencia por no saber qué hacer.

Pero, fundamentalmente, quisiera destacar el uso banal de la noción de “corte”. Muy fácilmente confundido con el fin de la sesión o del tratamiento hospitalario, se convierte en una “intervención muletilla” cuando nada parece funcionar. Por no ser entonces una operación significativa que inscri-

be al sujeto como efecto, termina siendo una causa muy habitual de la caída del dispositivo. Y, por el uso banal de nociones y conceptos, nos alejamos de Nicolás de Cusa para convertirnos en una “doxa ignorante”.

4) La institución y lo social:

El hospital como institución impone límites al intento de introducir en él la práctica analítica, pues implica series específicas de operaciones, condicionamientos y determinaciones. A su vez, los nosocomios se encuentran inmersos en sociedades que poseen modos propios de concebir la enfermedad, diferentes políticas de salud, etc. Tomar en consideración estas cuestiones demandaría un trabajo que excede los objetivos del presente texto. Lo que sí me interesa interrogar son los enunciados que como residentes sostenemos respecto de estas dos dimensiones.

Solemos afirmar que la realidad material sólo importa si se toman en cuenta las consecuencias subjetivas que produce, el modo particular en que alguien se posiciona frente a ella, etc. Sin embargo, al analizar nuestra tarea, suele ser ubicada como un obstáculo directo a la misma. Así, durante mucho tiempo me encontré compartiendo la queja, común entre los residentes de mi hospital, de que en la sala de internación uno termina ocupándose de “cuestiones sociales”, como el posterior domicilio del paciente, y que, “por ello”, no es posible mantener una escucha analítica. Pero, ¿es “por ello”, es decir, por la situación económica, laboral, etc. de mucho de los ciudadanos que consultan? ¿El hecho de que el paciente o la institución nos realice un pedido de carácter social nos obliga a alejarnos de nuestra función? ¿O es más bien el discurso sostenido por los residentes respecto de lo que “se estila” hacer lo que muchas veces nos compele a responder y no nos permite ubicarnos en otro lugar? Sólo cuando empecé a interrogar este discurso, me resultó posible derivar las demandas que recibía a quien correspondía, o hacer de ellas una pregunta para quien las portaba.

Este discurso opera claramente a la hora de pensar los tratamientos por Consultorios Externos. Dado que el hospital propone para los mismos un plazo de cuatro meses, se informa a los nuevos residentes que “se estila” no quedar condicionados por esa normativa, para poder llevar adelante una práctica analítica. Pero, como tampoco se discute explícitamente cómo han de pensarse los fines de tratamientos, el resultado bien podría ser análogo a un síntoma: no es posible concluir con los mismos. El discurso que pretende ser analítico cuando sólo pregona separarse de lo institucional, no hace más que sostener dicha eternización. Por eso es pertinente, y necesario, preguntarse si es posible conducir la cura sin haber ubicado las coordenadas de un final posible en el hospital ¿Cuál sería su dirección, sus posibilidades y, sobre todo, sus límites? Sería sencillo acordar que estos últimos no pueden coincidir con el final

del análisis. Pero hay en la obra de Lacan algunos elementos que podrían contribuir a pensar esta cuestión.

Sin pretender agotar el tema, y limitándome lo más posible por razones de espacio, propongo situar los tratamientos en relación a la noción de síntoma. Quizás en forma más evidente que en otros ámbitos, el malestar que portan los pacientes se muestra en el hospital exclamando su mutismo. Sostener una posición que haga de nuestra intervención la posibilidad de apertura del inconciente: he ahí la ética que ha de guiarnos para poner a hablar a una demanda en la cuna del saber médico. Quiero decir, que un significante se produzca como inscripto, instaurando una discontinuidad en donde ubicar al sujeto en el plano de la enunciación. Puede que quede entonces representado para otro significante, que se produzca allí una significación diferente del campo de significados que constituían para el paciente la realidad de su mundo hasta entonces. Sin embargo, "no es [ello] lo esencial para el advenimiento del sujeto", sino más bien el corte. Esta discontinuidad que el significante introduce es lo que permite dar forma (analítica) a aquello que, de llamarse síntoma, no era hasta entonces más que goce. Entonces, la satisfacción allí en juego, por la cual se pena de más, ya no ha de quedar fijada a aquello que lo había conducido a consultar. Una vez llegado a este punto, sería posible continuar trabajando las preguntas en las que ha devenido el malestar. Pero esto de ninguna manera

es necesario, pues lo que podría ser un inicio, bien puede valer como fin de un tratamiento hospitalario.

Los caminos de formación

Lacan sostuvo que su principal preocupación fue la formación de los analistas. A su vez, es difícil encontrar en su obra ejemplos de los tratamientos que sostuvo. Alguien que dirige la cura siguiendo su orientación, ¿podría afirmar que su enseñanza no fue clínica, cuando cada línea inscripta en ella dibuja los obstáculos, los interrogantes y los límites de esta praxis? El prejuicio que exige la presentación de un caso en el área Clínica de Adultos, y que posibilita plantear preguntas teóricas en el área de Formación, es también un problema clínico, de – formación. ¿Qué idea nos hacemos de nuestra labor cuando escindimos la teoría de la práctica? ¿Es posible pensar los tratamientos creyendo que los casos constituyen por sí mismos un campo sobre el que aplicamos las categorías de la teoría? Por el contrario, ¿no es acaso el dispositivo analítico, y los conceptos, nociones, etc. que de él se derivan y que nosotros sostenemos, los que fundan nuestro campo de acción, cercan sus límites y estructuran los fenómenos que aparecen en él? Quizás, ahora se pueda entender mejor el análisis de las consecuencias clínicas de ciertos discursos residenciales.



BIBLIOGRAFÍA

1. Lacan, J.: El Seminario. Libro VIII. La transferencia. Paidós. Bs. As. 2003. Clase XXIII.
2. Lacan, J.: El Seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós. Bs. As. 1984.
3. Lacan, J.: El saber del psicoanalista. Inédito. Conferencia del 04/05/72.



¿Qué es la memoria sino un engranaje de recuerdos?
Si la singularidad arma distinciones, la memoria compartida genera lazos perdurables en el tiempo. Ocho años no es poco para tamaña tarea. En este presente, convocamos a dos ex coordinadores de Clepios para la cita final de un futuro que ya es parte de nuestra historia.

Dejando a un costado la clasificación según DSM-IV y reemplazándola por una definición “brechtiana”, considero a Alejandro Vainer uno de esos hombres “imprescindibles”, de esos que luchan toda la vida. Imprescindible, además, a la hora de ayudarme a comprender y reflexionar acerca de algunos de los elementos esenciales que me tocan vivir. Imprescindible para evitarme la repetición de los mismos errores. O por lo menos, para anticiparlos y amortiguar sus efectos. También para establecer prioridades que permitan ordenar el presente y determinar cuáles urgencias son urgentes. Con el transcurso del tiempo, las enseñanzas de Don Alejandro, me fueron ayudando a comprender que la cuestión no parece radicar en saber mucho, sino en olvidarse de poco. Sus escritos hicieron que tenga presente a Nietzsche cuando nos alerta que en la lucha entre la memoria y el orgullo, éste permanece inflexible, mientras que la memoria, en último término, es la que cede, más allá del bien y del mal.

Durante bastante tiempo, de hecho durante años, fui el encargado de combinar con Alejandro la entrega del material que le daba forma escrita a sus colaboraciones. A pesar de haber considerado siempre que borrar la historia es una manera de borrar los avances en cualquier área de la ciencia y el conocimiento, no había tenido hasta entonces una particular atracción por conocer algunos hechos pasados, por creerlos, en ocasiones, ya irrelevantes. Sin embargo, con el transcurso del tiempo fui descubriendo que, paradójicamente, sus descripciones históricas no dejaban de sorprenderme por su actualidad. Me fui encontrando con síntomas de la historia (¿o síntomas históricos?) no elaborados. Con hechos que, por ignorados, llevaban a insistir con cuestionamientos y prácticas en las Residencias de Salud Mental. Con la existencia de repeticiones y quejas, con las mismas preguntas planteadas una y otra vez, sin conocer las respuestas dadas en el pasado. Con demasiado esfuerzo para encontrar sendas correctas, cuando ya habían sido descubiertas y recorridas por otros. En definitiva, con información insoslayable que daba cuenta de los antecedentes inmediatos de nuestras prácticas profesionales.

Alexis Mussa
Ex coordinador de Clepios

No siempre acuerdo con las ideas de Alejandro. Pero asumo que de la misma manera que un fotógrafo muestra sólo una parte de la realidad al elegir los motivos de sus retratos, un historiador realiza preguntas basándose en sus intereses subjetivos, para las que existen respuestas objetivas. Alejandro no ha intentado metamorfosear este hecho. Es un fotógrafo que no deforma la realidad. Por el contrario, desde una honesta perspectiva ideológica declarada, aceptando cartesianamente las ideas claras y bien definidas, no dejó nunca de verificar los aciertos y errores del pasado. Permitiendo de esta forma, que el análisis de los acontecimientos que han sido desarrollados en las páginas de Clepios durante estos años, constituya una herramienta para el diseño de las futuras acciones. Sí acuerdo con Alejandro en rescatar lo que algunos quieren que olvidemos, en mantener viva la amplitud de pensamiento, en no abolir las diferencias que nos ayudan a construir y construirnos como mejores personas. Un viejo proverbio africano reza que mientras no existan leones que escriban sus propias historias, los relatos de la selva serán solamente cuentos de cacería glorificando cazadores.

A pesar de la tristeza que me produce la finalización de sus colaboraciones y sin poder evitar un lagrimón nostálgico, celebro la posibilidad de leer y escuchar sus opiniones (no su piano, por suerte para mí) en diferentes sitios. Y repetirme la que adivino una de sus consignas favoritas: “... mañana es mejor”. Claro que sin dejar de recordar a George Orwell, quien en su maravillosa y premonitoria “1984”, escribió: “¿No se dan cuenta que el objetivo de la “neolengua” es estrechar la amplitud de pensamiento? A la postre, el delito de pensar será literalmente imposible, porque no habrá palabras para expresarlo. Cada año el grado de conciencia se vuelve un poco menor...”

En la Clepios número 34 (junio 2004) un psiquiatra a quien respeto, el Dr. Esteban Toro Martínez, en la columna “Los 5 libros que más me marcaron” realizó una lista con la que coincidí visceralmente, allí recomendaba a los noveles residentes de psiquiatría leer los siguientes libros: Introducción al diagnóstico de las psicosis (Juan Carlos Goldar), Esquizofrenia (Carlos Pereyra), Esquizofrenia Incipiente (K. Conrad), Constitución y Carácter (E. Kretschmer) y La Estructura de las revoluciones científicas (Kuhn). Me pareció por aquel entonces que todo residente de psiquiatría, perdido en esas primeras horas de tiempo muerto, de difusión de identidad, de replanteos personales y de crisis, podía empezar a encontrar a la psiquiatría en estos autores y estos libros. A saborear el gusto por la clínica y por los maestros, a recorrer -como dice Goldar- el camino del aprendiz. Quisiera entonces agregar un sexto libro titulado “Las Huellas de la Memoria”, que consta de dos tomos y fue escrito por Alejandro Vainer y Enrique Carpintero. No es un libro de psiquiatría, no es un libro de casos clínicos, no es un tratado de biología. Es una obra política, ideológica, histórica sobre la historia de la salud mental en la Argentina, más específicamente desde el año 1957 hasta el año 1983. Muchos psiquiatras se preguntarán por qué leer historia. Enumeraré algunas circunstancias y personajes y que cada uno de los lectores de cuenta para sus adentros si sabe de lo que estamos hablando: Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), Lucio Meléndez, Dr. Ramón Carrillo, Maxwell Jones, García Badaracco, Mauricio Goldenberg, la primera residencia de psiquiatría en el Hospital Borda, el primer hospital de día de Latinoamérica, El servicio del Lanús, la noche de los bastones largos, Pichon Riviere y la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP). ¡No vale preguntar! El segundo tomo relata los hechos acontecidos entre 1960 y 1983. Es un libro que emociona y conmueve. Da cuenta entre otras cosas de la historia de la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, de Marie Langer, de la ruptura con la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) de un grupo de psicoanalistas y la creación de Documento y Plataforma, del Centro Piloto del Esteves, de David Cooper y tantos otros nombres que hicieron historia.

Intuyo que muchos residentes pueden haber encontrado desconocidos muchos de los nombres y contextos enumerados previamente. Razón central para leer el libro. Allí también uno se puede encontrar con los primeros colegas desaparecidos de la dictadura y la impresionante lista que confeccionaron los autores de los 110 trabajadores de la salud mental desaparecidos en la última dictadura militar. Libro asimismo que da cuenta de actos heroicos, valientes y de la cobardía (aunque también del miedo) de muchos psiquiatras y psicoanalistas que por esos años se recluirán en sus consultorios en una clínica “aséptica” de los devenires sociales.

Lo considero un libro esencial para cualquier psiquiatra.

Federico Pavlovsky
Ex residente de Psiquiatría del Hospital
Álvarez. Ex coordinador de Clepios

Historia, política, antecesores, clínica. No puedo imaginar esas variables por caminos paralelos. Pero esta no es una crítica literaria, así que quiero compartir algunos hechos con ustedes que terminan de dar una idea de quien es Vainer. Quiero contar que Alejandro Vainer tuvo un papel enorme (junto con la Lic. Claudia Greco) en el asesoramiento y coordinación del grupo de residentes que organizamos el Primer Encuentro Nacional de Residentes y Profesionales en Formación en salud mental (Bs.As., 2004) y que hoy, sigue en contacto y colaborando con las camadas que han tomado la posta y que han hecho posible que se haya producido un Tercer Encuentro Nacional (Paraná, agosto 2006).

Es necesario destacar que Vainer (ex residente de la RISAM en el Hospital Borda) además de la colaboración en Clepios (“Memorias para el futuro”) que vino realizando estos años, es coordinador general de la revista Topía, que a la vez es una editorial que publica infinidad de textos relacionados con la salud mental. Quizá junto con Polemos (Clepios, Vertex y varios de los libros claves de la psiquiatría en castellano) ambas editoriales sean dos de los más importantes ejemplos de usinas de conocimientos nacionales relacionados con la salud mental. La dupla Vainer – Greco además en los últimos tres años viene supervisando la tarea de jefes de residentes del área metropolitana y de la Provincia de Bs.As, tarea que realizan ad honorem, en sus consultorios privados y sin ningún contacto oficial con la Dirección de Capacitación. En tales supervisiones se trabaja grupalmente junto a jefes (médicos y psicólogos) de distintos hospitales en relación a la tarea de la jefatura y sus complejidades, -que son muchas- y para las cuales uno no suele estar preparado. Nada preparado.

La última nota que escribí en Clepios antes de “retirarme” (curioso ritual al que somete la revista a sus fugaces hacedores) trataba sobre la fosa común de desaparecidos durante la dictadura de San Vicente en la provincia de Córdoba (Clepios 36: “El horror esta enterrado en San Vicente”). Tal escrito fue una experiencia muy difícil en términos personales y Vainer fue un gran apoyo.

Por último quiero terminar diciendo que Clepios me ha dejado sensaciones, experiencias imborrables y algunos amigos, uno de ellos es Alejandro Vainer.

Memorias para el futuro 28: Final del Juego

Alejandro Vainer
[alejandro.vainer@topia.com.ar]

**“En cada época es preciso esforzarse por arrancar la tradición al conformismo que está a punto de avasallarla”
Walter Benjamin**

Para terminar siempre es necesario volver al principio

El invierno de 1998 estaba terminando. Por entonces hacía poco más de un año que Enrique Carpintero me había propuesto trabajar conjuntamente en lo que nos llevó 8 años y resultaron ser los dos tomos de Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. En esos primeros meses del 98 la investigación empezaba a tomar formas con bocetos, búsquedas bibliográficas y entrevistas a los protagonistas de la época. En medio de estas búsquedas, fue germinando una idea: ir transmitiendo los resultados que iba encontrando a los residentes. Había terminado hacía pocos años mi residencia y creía que era importante recuperar historias, teorías y experiencias “olvidadas” por las hegemonías en un momento de aparente final de la historia.

Entonces llamé a los nuevos coordinadores de Clepios, Luis Belkind y Gabriela Williams. Nos encontramos un soleado sábado a la tarde en el café de Rivadavia y Avenida La Plata. Un 22 de agosto de 1998 que presagiaba la venida de la primavera. Aún era un viejo café y no parte de una cadena que intenta borrar las diferencias de barrios de esta ciudad. Luego de ponernos al día con las novedades de nuestras vidas, les comenté mi idea de publicar una serie de columnas sobre la memoria. Aún no entiendo por qué las llamé así. Nunca fueron columnas, nunca tienen ni siquiera hoy este formato, porque fueron artículos breves, ¿por qué las seguiré llamando columnas?

Ellos me miraban tranquilamente mientras yo hablaba del proyecto. Allí ya tenía la estructura que tuvieron todos los

artículos: partir de algo de la actualidad de residentes, del campo de la Salud Mental o del país, para luego traer una experiencia histórica “olvidada” que ayudara a comprender la actualidad. Tenía el título, que siempre fue un juego sobre el último libro de W. Bion, Memorias del futuro.

El trámite fue más rápido de lo que suponía. Aún no entiendo cómo Gabriela y Luis accedieron en ese café sin ver una sola línea. Acordamos el primer envío. A partir de allí se dio una rutina de cuatro artículos anuales que decidí numerar para ir fechando otra cuestión.

Es que había algo que no les había dicho a ellos y que quedó en secreto hasta este momento. Era un pequeño pacto conmigo mismo: iba a escribir Memorias para el futuro hasta la publicación de la investigación. Y al final contaría cómo había empezado y mi propio pacto. En principio fue sólo esa idea. Me tomé la palabra: tenía que escribir algo hasta que termine con el proyecto. ¿Y si no lo terminaba? ¿Seguiría escribiendo en Clepios hasta el fin de mis días sobre un tema inconcluso de mi vida? ¿Terminaría alguna vez esa investigación que parecía extenderse más y más llevando a dos “tomos” de casi mil páginas lo que en principio era sólo un libro?

Sin embargo, cada entrega fue parte de este secreto juego. Este (con)trato me aliviaba. Era contar con un final desde los inicios. Era un proyecto. Y así llegamos a los dos tomos publicados y al final de esta serie de Memorias para el futuro. La tarea está concluida, ya que me sería imposible seguir con “adelantos” de un proyecto que terminó.

A esta altura el/la lector/a se preguntará cuál es el sentido de concluir esta serie con el relato de los orígenes de estas Memorias. ¿Qué se puede extraer de esta pequeña historia singular? El relato de los inicios nos brinda posibilidades para dejar algunas reflexiones y esperanzas escritas aquí, en la última columna, o mejor dicho, artículo.

Desde hace años tengo la impresión que tanto el ritmo vertiginoso de las residencias está en consonancia con el imperio de la instantaneidad del sistema capitalista actual. Esto lleva a que cada cual tenga poco espacio para poder siquiera pensar proyectos a mediano y largo plazo. Todo tiene que ser breve, exitoso y redituable: los proyectos, las terapias y hasta la vida. No hay tiempo para el mediano y largo plazo. Este proyecto sin duda, con 8 años de trabajo fue de un largo plazo. No creo que sea posible pensar en proyectos de largo alcance si uno está atrapado por la carrera para alcanzar los últimos gritos de una moda. Es más importante poder ubicar los 5 libros que a uno lo marquen profesionalmente que consumir y ser consumido por las novedades a lo largo de su vida. Esto implica alejarse más y más de uno... y de sus proyectos. Hay intuiciones e ideas que uno debe seguir. Pero para eso es necesario otro requisito.

Aunque estos artículos fueron firmados individualmente son fruto de una construcción colectiva. Sin Enrique Carpintero, que me propuso el proyecto de Las Huellas de la Memoria, jamás hubiera escrito una línea de estos 28 artículos. Tampoco si los coordinadores y el Comité de Redacción desde hace 8 años no hubieran aprobado y apoyado la publicación de las mismas. Hasta la producción más individual tiene una matriz colectiva que pocas veces solemos admitir. No hay producción que no sea en seno de un grupo o un colectivo, aunque la firme alguien individualmente.

Desde 1998 a estos días la valoración de la memoria ha cambiado. Vale recordar que en 1998 aún la historia parecía haber terminado para la mayoría que caía seducida con el discurso hegemónico. En esos momentos recurrir a la memoria y a la historia parecía una tarea de un arqueólogo nostálgico. Pero era y sigue siendo una necesidad imperiosa para poder pensar en transformar nuestro presente con el horizonte puesto en el futuro. Por eso, el primer artículo, "la pólvora ya está inventada", era un "manifiesto". Allí afirmaba que el sentido de los artículos no era por "recordar para no repetir" ni por la celebración del pasado, sino por las necesidades del presente. Y que "el desarrollo de la Salud Mental en la Argentina sufrió un corte abrupto con la última dictadura. Entonces el pasado (no solamente en nuestro campo) no se encuentra disponible para las nuevas generaciones." Y quizá, tal como lo sintetizó Gilou García Reinoso varios años después en el prólogo al segundo

tomo de Las Huellas de la memoria: "Hubo en lo público una política del olvido en la que todos estamos comprometidos. Política de olvido que fundamentalmente tendió a conseguir un olvido de la política: en el escenario global el discurso del orden -es decir de la dominación- decretó 'el fin de la Historia', 'el fin de las ideologías': hacer desaparecer los conflictos de la escena histórica. En nuestro país la política del orden -la dictadura- implementó la desaparición como método, e intentó desaparecer las desapariciones." Frente a esto, el intento de los artículos y de los libros fue restituir estas memorias desaparecidas. Sus efectos son imposibles de medir hoy.

Pero si en ellos algún lector se inspira para proyectos de largo aliento; si a algún otro le permite insistir en proyectos colectivos que retomen la antorcha de quienes se opusieron a las hegemonías (y no sólo en nuestro campo); y si para otro le sirve para retomar esa valiosa herencia desaparecida -sean teorizaciones, experiencias o luchas- para retomar, criticar y continuar... si algo de todo esto sucede, estas líneas habrán cumplido su misión.

Entonces, estas Memorias habrán pasado a esas manos que sostienen esta revista.

Esas manos, sumadas a otras, harán Historia.

El futuro habrá llegado.

Alejandro Vainer
alejandro.vainer@topia.com.ar

Las anteriores "Memorias para el futuro" se encuentran en www.topia.com.ar

Historia de la Residencia de Salud Mental en el Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú

Dra. Ana Izaguirre
Lic. Teresa de Dann
Dra. Silvana Navarta

Residentes de Cuarto Año

El Hospital E. Tornú fue oficialmente inaugurado el 8 de octubre de 1904, designándose director ad honorem al doctor Emilio R. Coni. En marzo de 1905 se habilita al público como institución destinada exclusivamente a la atención de enfermos tuberculosos.

Se eligió para su construcción el barrio de Villa Ortúzar que por aquella época era un descampado alejado de la ciudad, dado que la tuberculosis era entonces un tema “tabú.” Los pocos vecinos de la zona opusieron bastante resistencia por miedo al contagio. Pero con el tiempo la comunidad fue aceptando y comprendiendo la necesidad de su existencia. Inicialmente tenía una capacidad de trescientas camas. Se inició internando hombres solamente. Luego, al construirse dos pabellones más fueron asignados a mujeres y se hace mixto hasta 1949. La cronicidad de la enfermedad y lo prolongado de las internaciones, suscitaban situaciones de indisciplina, “enredos de sexo”, que obligaron a las autoridades a solicitar que los enfermos varones, fueran trasladados a otros hospitales.

Sus pabellones orientados de NO a SE, hacían que sus “galerías de cura” fuesen bañadas por el sol y estuviesen al abrigo del viento. La “heleoterapia” consistía en que los pacientes reposaban tomando sol en las amplias galerías del hospital. (Foto 1 y 2)

En el año 1987 junto a los avances en cuanto al tratamiento de esta enfermedad y la concomitante disminución de su incidencia, se convierte en hospital general de agudos adquiriendo su denominación actual. La neumotisiología continúa siendo su especialidad, recibiendo hasta la actualidad derivaciones de todo el país.



Foto 1

En el último año se produjo la “caída de los muros” del hospital bajo la dirección del Dr. Alberto De Micheli, (actual secretario de salud del GCBA) como reflejo de sus ideales de apertura a la comunidad y trabajo desde un enfoque sanitarista. (Foto 3)

El servicio de salud mental, originariamente llamado de ‘psicopatología’ fue creado en el año 1969, por el llamado Plan Goldemberg, que planteaba la necesidad de crear espacios interdisciplinarios para la atención de pacientes psi en los hospitales generales. Originariamente contaba con cuatro profesionales: dos médicos y dos psicólogos, de los cuales dos de ellos continúan desempeñando tareas: Lic. María Elena de la Peña, a cargo de la jefatura, y Dra. Olga Onofrio, como consultora. En años sucesivos se incluyeron profesionales de otras disciplinas: psicopedagogos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales. Desde 1987 viene realizándose un trabajo de intercambio con los equipos de orientación escolar de la zona en pos de elaborar estrategias conjuntas para la población infanto juvenil. En el año 1992, se incorpora como nuevo dispositivo terapéutico el Hospital de Día. En ese mismo año comienza a ofrecer Orientación Vocacional Ocupacional, en forma individual o grupal a púberes, adolescentes y adultos. Actualmente el servicio desarrolla actividades básicamente asistenciales y docentes. La atención se brinda en Consultorios Externos, Hospital de Día, Guardia e Interconsulta. En sus comienzos, se había planificado con camas de internación (3 para mujeres y 3 para hombres), que nunca llegaron a habilitarse. Actualmente, se habla de la apertura inminente de una pequeña sala de internación, en el contexto de las nuevas políticas que buscan ampliar los servicios de salud mental en los hospitales generales. Desde sus inicios, el servicio funciona interdisciplinariamente, contando en este momento con 4 psiquiatras, 7 psicólogos, 2 psicopedagogas, 3 terapeutas ocupacionales y 1 asistente social, como profesionales de planta, la residencia y una concurrencia predominantemente de psicólogos, coordinada por planta, que recientemente se está intentando integrar a las actividades de residencia.



Bajo la dirección del Dr. Agustín Bartomeo, en el año 1993 se crea la residencia de salud mental con una primera camada integrada por dos médicos y dos psicólogos, y un jefe de cada especialidad. Según cuenta la jefa del servicio, tras el advenimiento de la democracia hubo una "oleada" de creación de residencias por decisión de las autoridades sanitarias del GCBA, quienes evaluaron el servicio como un ámbito propicio para la misma. Sobre el impacto que esto provocó explica que "trajo dificultades porque si bien la aspiración del servicio es crecer, implicó también un aumento de la complejidad, lo que requiere de una especie de visión macro permanente". Las actividades que realizaba la residencia se englobaban en dos áreas: atención y formación.

Es una residencia joven y su modalidad de funcionamiento es básicamente autogestiva. Las tareas que realizamos se dividen en la misma proporción entre formativas y asistenciales, tal como lo establece el reglamento de capacitación. Sin embargo, es una necesidad permanente buscar el modo de sostener nuestros espacios de formación ante las exigencias atencionales del servicio, que por ser muy pequeño, no da abasto para responder a la creciente demanda que recibe.

Somos veintitrés residentes: diez médicos más el jefe médico, y once psicólogos y su jefa psicóloga. La modalidad de funcionamiento es interdisciplinaria e intentamos articular los espacios reservados a aquello propio de la formación de cada especialidad con otros espacios de trabajo conjunto.

Todos los años durante los meses de diciembre y enero realizamos los talleres de verano donde entre todos, con los jefes entrantes, discutimos acerca de los espacios de formación que deseamos armar para el año siguiente. Así, intentamos que lo que "estudiamos" refleje lo más fielmente posible nuestros intereses y necesidades.

Los martes es el "Día de residencia" que dedicamos a la formación, por lo que nos reencontramos todos, incluso quienes están rotando en otros hospitales. El primer espacio es el de conferencias, conjunto entre ambas especiali-

dades, y luego, nos dividimos en espacios propios de cada disciplina. Se alterna cada mes con la presentación de ateneos clínicos.

Los ateneos se presentan con una modalidad particular. Cada "ateneísta" tiene su fecha adjudicada con bastante tiempo de anticipación, y reparte su ateneo una semana antes para permitir su lectura. Se incorporó una figura: el comentador interno, que es un compañero que abre la discusión. Esta función se creó con la idea de hacer el ejercicio de puntuar un texto situando los puntos más interesantes, y funcionar como moderador de la discusión. Luego, el "ateneísta" invita a un comentador externo.

La residencia de psicólogos fue históricamente de orientación psicoanalítica lacaniana pero en los últimos años los intereses se han diversificado, contando ahora con psicólogos que se forman en psicología sistémica, cognitivo-conductual y gestalt. Creemos que este cambio no es aislado sino que acompaña a una tendencia general que está generando espacios nuevos de formación, reflexión, discusión y supervisión. Si bien esto a veces trae dificultades, la posición compartida es que la convivencia diaria con lo diferente es esencialmente un desafío con el que nos enriquecemos todos. Existen diferentes supervisiones grupales de cada orientación que funcionan como taller justamente contemplando las diferencias teóricas existentes. Los cursos han ido cambiando año a año, si bien algunos se sostienen históricamente, por ejemplo, el curso de psicosis y patologías graves. Como actividad docente, formamos parte de la cátedra de Clínica Psicoanalítica del Dr. Laznik, de la UBA, recibiendo pasantes en el hospital. Entre los médicos no hay una línea teórica predominante, si bien en los últimos años, aumentó el interés en formarnos en psiquiatría clásica intentando enriquecer nuestra mirada clínica. Contamos con supervisiones de diferentes marcos, y cursos de neurociencias, terapéutica psicofarmacológica, psiquiatría clásica, en general en conjunto con otras residencias. En los últimos años, notamos un crecimiento en los espacios de formación que históricamente eran difíciles de sostener.



5



6



7

La necesidad de dar respuesta a la demanda de tratamiento y el interés de médicos y psicólogos de formarnos en prácticas de atención grupal, originó la realización de actividades grupales con fines terapéuticos y de resocialización.

Actividades por año

Primero:

CCEE, exámenes de salud mental (médicos), psicodiagnósticos (psicólogos, con R4), guardia externa del Tornú, y una guardia semanal de 12 hs en la guardia externa del Hospital Alvear. La guardia funciona a modo de IC solicitada desde la guardia externa del hospital. Es un espacio bastante conflictivo institucionalmente. A los fines de mejorar el trabajo, se realiza, un pase semanal con la jefatura del servicio y el coordinador de guardia como modo de empezar a denunciar y trabajar los malestares más frecuentes. Luego, pase de guardia 3 veces a la semana (R1 y R4).

Segundo:

CCEE, internación (8 meses extensibles a 12) y rehabilitación, que se está discutiendo su realización en cuarto, en el hospital de día de nuestro hospital. Por cercanía, la rotación en sala se suele hacer en el Alvear, aunque algunos "rebeldes" eligen el Borda desde la llegada de la línea B a la estación Los Incas.

Tercero:

APS, CCEE, rotación libre (4 meses) e interconsulta. Esta última, no funciona estrictamente como rotación ya que "cubrimos" las mismas durante todo el año y con el mismo grado de responsabilidad que los profesionales de planta. Respondemos en equipo, y asistimos a las unidades de clínica médica y cirugía. No contamos con referentes que nos formen o acompañen en la tarea, por lo cual, año a año se está incorporando este dispositivo en los espacios de formación y supervisión. Este es el segundo año que recibimos rotantes del hospital Alvear, que son bienvenidos!

Cuarto:

CCEE, referencia de primero y segundo, a quienes se acompaña los primeros meses en sus actividades de guardia y CCEE. Rotación opcional por algún servicio del hospital.

La residencia siempre funcionó en un espacio físico diferente a la planta. Inicialmente se encontraba en un subsuelo y ahora en unas instalaciones precarias que se construyeron "provisoriamente" a finales de los '60 en el fondo del hospital al lado de anatomía patológica. Digamos, de estar bajo tierra, pasamos al lado de la morgue. Nuestra principal dificultad edilicia es la "guerra" por los pocos consultorios que hay, que nos lleva a atender en lugares insólitos como "el bañito." (Foto 4)

Nuestro office, se caracteriza básicamente por el desorden! mezclado con carteleras de arte, fotos, libros, afiches de formación, e historias clínicas que apilamos y retenemos a lo largo de meses. Es frecuente que envíen a los empleados de la limpieza que demuestran algún rasgo "singular". Por citar alguno, hemos tenido a quien brindaba "atención astrológica" en la sala de espera.

En la resi nos formamos y compartimos nuestra experiencia clínica tanto en los espacios formales como en las "charlas de pasillo" que muchas veces son las más enriquecedoras. Pero además, es un grupo ("top-top") donde hacemos amigos, donde compartimos la pasión por el arte, la diversión, la buena comida, el cine, y sufrimos el último mundial. Y hubo clases de yoga con Pili! (Foto 5 y 6)

Sobrevivimos gracias al amparo de SANTA PASTA, patrona de la residencia, a: jefes que dormían en el auto, gatos muertos en el tanque de agua, historias clínicas que en guardia rompieron en nuestra cara, al comedor, a las dificultades con plantas...y todas esas cosas de las que nos reímos cuando nos juntamos en "ámbitos extramuros". (Foto 7)

FUENTES

www.parquechasweb.com.ar

<http://www.prensarotaria.com.ar/es/hospital.htm>

Revista "100 Años Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú"

Entrevista realizada a la Lic. Malena de la Peña, Dra. Noemí Silvestre, Lic. Pilar Shinji.



Un milagro para Jonathan



Dra. Alexia Rattazzi
Ex residente y Jefe de Residentes del Htal. de niños R. Gutiérrez.
Trabajo que obtuvo el 1º Premio en la Categoría "Clínica Psiquiátrica Infanto Juvenil" en las XI Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, 2004.

En el mes de julio del 2002, concurren a la admisión del servicio de Salud Mental del hospital un niño de 8 años y su madre. La nota de derivación lee textualmente: "solicito evaluación del niño Jonathan B. de 7a derivado de la escuela, quien presenta conducta de gateo, déficit de atención y evaluación de psicología infantil con dg presuntivo de pers. borderline. En la U.S. podemos seguirlo controlando en conjunto pero agradece dg y orientación". Firma, luego de saludar muy atentamente, una médica generalista de una Unidad Sanitaria de la Municipalidad de Moreno.

La madre agrega que empezó a notar las dificultades de Jonathan en el último año: el niño repitió segundo grado y hace unos meses que no está concurriendo a la escuela por severas dificultades en el aprendizaje. Refiere que Jonathan habla cada vez menos, y a veces, no se le entiende. Ha tenido episodios de enuresis en el último tiempo, y se comporta como su hermanito de 3 años: gatea, camina con inseguridad, habla como un niño menor, está muy "dependiente".

Con respecto a la historia evolutiva, la madre comenta que el embarazo fue de término, sin complicaciones; el parto, normal; y que Jonathan caminó a los 10 meses, y habló a los 2 años y medio. No recuerda cuándo controló esfínteres. A los 4 años fue a preescolar, sin dificultades. Relata que a los 5 años y medio, luego del fallecimiento del abuelo paterno, tuvo un episodio de fiebre muy alta asociada a un cuadro de constipación. A los 7 años del niño, consultó con un pediatra por un cuadro de aftas bucales persistentes. Además, "no hacía las cosas solito", había comenzado a gatear, y la maestra había dicho que era muy tímido, que parecía no escuchar, que no tenía amigos.

La madre refiere que actualmente Jonathan se comunica por señas; que está torpe, lento, que pareciera que no puede coordinar sus movimientos. Menciona que no quiere quedarse solo y que la sigue a todos lados. "Me parece que está triste, frustrado, yo le exigía mucho", "está olvidadizo, no hace las cosas de la escuela...ahora la dejó, no puede ir...se quedaba en el piso y se guardaba cosas de otros chicos que encontraba tiradas", "no come como antes, no agarra las cosas", "a veces parece que hablara solo, que estuviera viendo cosas". No refiere alteraciones ni en el sueño ni en el apetito.

En una entrevista posterior, el padre del niño agrega que Jonathan se comunica "escribiendo en el aire" en vez de hablando. Comenzó a notar diferencias en el niño cuando falleció el abuelo paterno 3 años atrás. Cree que esta muerte influyó mucho en el niño ya que era quien lo cuidaba. Refiere que Jonathan decía que nadie lo quería, y que lloraba mucho. Ubica que a los 5 años Jonathan empezó a "alejarse" de sus padres, a ser menos afectuoso. Le preocupa mucho el hecho de que Jonathan hable solo. Menciona que hace algunas semanas, el niño le dijo que había un

“bicho” en su oído que hacía: “tacatacata...”. Asimismo, refiere que Jonathan presenta frecuentemente cefaleas, y dice tener “bichos” en la cabeza.

Entre los antecedentes familiares, surge el dato del fallecimiento de un tío materno por “parálisis infantil” a los 11 años. Además, aparecen 2 primas maternas con dificultades: una con “doble personalidad” y la otra con episodios compatibles con cuadros de ausencia. Del lado paterno, aparece un tío que estuvo en tratamiento psicológico a los 12 años.

Al observar los cuadernos de la escuela, se evidencia que en el inicio del año Jonathan cumplía con las consignas, pero que luego comenzó a dejar las tareas incompletas. Asimismo se evidencia una disgrafía creciente. La madre asegura que conocía las letras, los números, y las tablas de multiplicar, pero que ya no los recuerda.

En el informe escolar solicitado, la maestra de Jonathan refiere que estando el niño en primer grado, nació su hermanito, y comenzó a manifestar conducta regresiva. Pasó a segundo grado, y comenzó a presentar dificultades atencionales, una decreciente comunicación con su maestra y sus compañeros, y dificultades en el aprendizaje, lo que resultó en que repitiera dicho grado. Durante la repetición de su segundo grado, presentó serias dificultades en el aprendizaje, la falta total de comunicación con sus compañeros y maestra, la no respuesta al llamado por su nombre, la desorientación espacial (se perdía cuando tenía que volver del baño al aula), y un severo retroceso desde los puntos de vista social, afectivo y emocional. La maestra refiere que el niño no ha concurrido a la escuela en los últimos 2 meses. Jonathan entra solo al consultorio pero con cierta reticencia. Se le nota cierta dificultad para desplazarse, no logra caminar en línea recta, impresiona una marcha atáxica. Balancea la cabeza de un lado al otro. Es un niño de tez oscura, cabello opaco, flaco, parece desnutrido. Se le cae saliva de la boca. No interactúa espontáneamente con los profesionales, no responde a las preguntas. Parece como si no entendiera, o quizás, no escuchara. Cuando se le propone que dibuje, hace un garabato en una hoja. Aparenta tener problemas motrices y de coordinación. El dibujo no corresponde a las pautas madurativas de un niño de su edad. Su rostro, por momentos viste una sonrisa inmotivada.

Por momentos parece que musita y no se entiende lo que dice. Desvía la mirada y parece que mirara al vacío o hacia algún lugar del consultorio como si estuviera observando algo. Habla espontáneamente. Su discurso es disgregado, incoherente, inconexo. “Yo soy muy cariñoso...hay unos bichitos...los vi claramente...de eso se trata...semejante... los bichitos entran en mi corazón y entran a mi cabeza... son malos esos niños...no sé qué se proponen...él se va a morir porque comió poquito...el agujero... ¿viste los sapos que agarran lombrices?...lo sabrás...no van a llegar...” Entre las frases entrecortadas, mira hacia su costado riéndose.

Se establece contacto con la pediatra y la psicóloga que lo seguían en Moreno. La pediatra refiere que conoció al niño en abril de este año y que en ese momento se conectaba, se comunicaba, podía contar lo que hacía, preguntaba, podía mantener un diálogo. El examen clínico fue normal. La última vez que lo vio, hace unas pocas semanas, notó un importante deterioro, la imposibilidad de mantener un diálogo, e hiperpigmentación en las manos.

La psicóloga, a su vez, refiere que comenzó a ver al niño en octubre del año pasado ya que fue derivado por la escuela por problemas en el aprendizaje. Manifiesta que Jonathan era muy tímido, que respondía tardíamente a las preguntas, que parecía distraído. A veces en el consultorio se ponía a gatear, y decía que era el hermanito. Por una prueba psicodiagnóstica, pensó que el niño podía tener estructura psicótica. No hubo continuidad en el tratamiento.

En vistas del cuadro clínico presentado por Jonathan, se tornó imperativo descartar etiología orgánica del mismo. Esto dio lugar a que se solicitaran exámenes de laboratorio (hemograma, hepatograma, ceruloplasmina sérica) y varias interconsultas: a Pediatría, Neurología, Infectología, Hepatología, Oftalmología. Los resultados de laboratorio no arrojaron datos significativos, salvo un leve aumento en el nivel de una transaminasa hepática (GPT) y de la ceruloplasmina sérica.

En el servicio de Neurología se solicitaron: electroencefalograma, resonancia magnética nuclear con contraste, fondo de ojo, potenciales evocados visuales, anatomía patológica de una muestra de cabello. En el examen neurológico se halló hipoplasia bilateral del nervio óptico, probablemente congénito.

Durante 2 meses Jonathan y su madre recorrieron el hospital con el objetivo de encontrar una respuesta a lo que le sucedía al niño. El equipo de Salud Mental fue acompañando al niño en este recorrido, mediante entrevistas con el paciente y su madre, y funcionando de algún modo como centralizador de la información. Fue evidenciable un deterioro creciente en el niño a lo largo de este tiempo. En las últimas entrevistas Jonathan ya no hablaba, se asustaba cada vez que alguien se le acercaba. A fines de septiembre, llegó el resultado de la RMN, y con éste, el diagnóstico. En diciembre, el paciente falleció.

En la práctica psiquiátrica infantojuvenil uno continuamente se topa con desafíos diagnósticos. El diagnóstico diferencial hace referencia al proceso hipotético-deductivo que genera, y luego excluye, posibles diagnósticos que podrían dar cuenta de un cuadro clínico en particular. Un caso como el de Jonathan abre múltiples interrogantes desde el momento en que se admite al paciente. ¿Se estaba frente un cuadro de esquizofrenia de inicio muy temprano? ¿Se trataba de un síndrome desintegrativo infantil? ¿Había alguna enfermedad neurológica, endocrina, metabólica, genética, etc., que se estaba manifestando? ¿El efecto de

un tóxico era responsable del cuadro? Uno va intentando armar el rompecabezas, descartando algunas piezas, y encastrando otras.

Desde el punto de vista de un diagnóstico psiquiátrico, el diagnóstico diferencial se reducía, a grandes rasgos, a 2 cuadros: 1) esquizofrenia de inicio muy temprano, y 2) síndrome desintegrativo infantil. Con respecto a la esquizofrenia de inicio temprano, aunque es un trastorno relativamente raro en la niñez, se podía llegar a considerar que Jonathan tenía ciertos síntomas compatibles con dicho cuadro (discurso desorganizado, aparentes alucinaciones, ideación delirante, aislamiento social), pero hay dos cuestiones que se oponían a este diagnóstico: en primera instancia, las alteraciones en la marcha, y, en segundo lugar, la pérdida rápida y progresiva de las habilidades cognitivas adquiridas con anterioridad, inusual en la esquizofrenia.

En cuanto al síndrome desintegrativo infantil, es un cuadro al que rara vez se hace alusión. Pero el caso de Jonathan hace imperativa su revisión, ya que por los criterios diagnósticos que figuran en el DSM-IV (A. Desarrollo aparentemente normal en los 2 primeros años; B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas previamente, antes de los 10 años, en al menos 2 de las siguientes áreas: lenguaje, habilidades sociales o conducta adaptativa, control esfinteriano, juego, habilidades motoras; y C. Anormalidades del funcionamiento en al menos 2 de las siguientes áreas: alteración cualitativa en la interacción social; alteración cualitativa en la comunicación; patrones de conductas, actividades, e intereses, restringidos, repetitivos, y estereotipados; D. Ausencia de otro TGD o esquizofrenia), este niño era pasible de recibir este diagnóstico.

Theodor Heller, un educador especial vienés, describió en 1908 a 6 niños que aparentemente se habían desarrollado normalmente hasta la edad de 3 o 4 años, pero que luego habían presentado una regresión dramática, confusión e hiperactividad, y que unos meses más tarde habían quedado en un estado demenciado y distante. La recuperación, si existía, era muy limitada. En 1930 reportó más casos, y detalló algunos lineamientos diagnósticos, a saber: 1) inicio entre los 3 y 4 años de edad, 2) pérdida progresiva o alteración marcada del lenguaje verbal seguida de deterioro intelectual y conductual, 3) asociación de síntomas conductuales y afectivos, tales como hiperactividad, miedo, y posiblemente alucinaciones, 4) ausencia de un trastorno neurológico. Heller propuso el nombre de demencia infantil para este cuadro. Durante muchos años se lo conoció por este nombre, o simplemente, como demencia de Heller. Autores posteriores la llamaron psicosis desintegrativa. Los manuales diagnósticos actuales, usan la denominación de trastorno desintegrativo infantil (TDI).

Según Volkmar, sólo han sido publicados 77 casos de TDI claro en la literatura científica, lo que habla de un trastorno muy infrecuente. La prevalencia estimada es de 11 en 1 millón de niños nacidos, cifra mucho menor a la del autis-

mo clásico. Como en el autismo y en el trastorno de Asperger, es más frecuente en los niños que en las niñas.

Resultan interesantes los reportes de casos en los cuales se describe una clara asociación temporal entre situaciones estresógenas intensas y el inicio de los síntomas del TDI. Se han descrito cuestiones tales como nacimiento de un hermano, o conflictiva familiar, en los períodos previos a la aparición del trastorno. Aún no se le ha podido adscribir un valor patogénico claro a este factor. En el caso de Jonathan, no debemos olvidar la muerte del abuelo paterno y el nacimiento del hermano referidos por sus familiares.

En cuanto al curso del TDI, luego del período de severa regresión, suele haber un curso estático. A veces, se ven mejorías mínimas. Un subgrupo relativamente pequeño sigue un curso descendiente progresivo, pudiendo terminar en una muerte temprana. Se considera que en estos casos existe un trastorno neurológico progresivo subyacente. En algunos de los casos publicados se han documentado cuadros neurodegenerativos. Aunque Heller creía que en los casos que él había descrito no había trastornos neurológicos asociados, habría que preguntarse si quizás no tendría en ese entonces los métodos diagnósticos adecuados.

Actualmente, se considera que el TDI representa la manifestación conductual de una condición neurológica que aún no ha sido identificada. Queda poca duda de que hay factores neurobiológicos incluidos en su patogénesis. El TDI de inicio muy tardío está más frecuentemente asociado con un proceso neuropatológico específico. Algunas etiologías posibles son: neurolipidosis, leucodistrofia metacromática, adrenoleucodistrofia, panencefalitis esclerosante subaguda, esclerosis tuberosa, enfermedad de Wilson, corea de Huntington, encefalitis progresiva. Es importante destacar que cuando hay co-ocurrencia de TDI y una enfermedad médica, hay que diagnosticar ambas entidades.

Volviendo al caso de Jonathan, se puede decir que el niño presentó un cuadro compatible con el diagnóstico de TDI. Considerando la edad de comienzo tardía del cuadro (6 años, en comparación a los 3-4 años descritos por Heller), y la muerte temprana del paciente, era posible sospechar la presencia de un cuadro neuropatológico asociado. Fue la RMN el estudio encargado de despejar dudas. El paciente padecía de una enfermedad de la sustancia blanca. Adrenoleucodistrofia.

La adrenoleucodistrofia es una enfermedad hereditaria ligada al X. En los varones afectados, se observan las siguientes características: déficits motores y cognitivos, anormalidades en la mielina del sistema nervioso central, y grados variables de insuficiencia adrenocortical. Es consecuencia de un defecto en una enzima (gen Xq28) ubicada en los peroxisomas, involucrada en la oxidación de ácidos grasos saturados de cadena muy larga (AGSCML). Hay una consecuente alteración de la degradación de los AGSCML. El diagnóstico se realiza dosando un nivel plasmático elevado de los mismos.

La base fisiopatológica de la enfermedad comprende el efecto del exceso de los AGSCML sobre las membranas celulares. Se incrementa la microviscosidad de la membrana, lo que resulta en la disminución de la secreción de cortisol por parte de la glándula suprarrenal en respuesta a la ACTH. En el sistema nervioso central, ocurre un proceso inflamatorio desmielinizante.

En cuanto a la presentación clínica, es muy variable. La forma de inicio infantil es la más frecuente, y afecta a niños que se han desarrollado normalmente hasta entre los 2,5 y 10 años. Los signos más tempranos son déficits neurocognitivos sutiles, seguidos de síntomas neurológicos y luego insuficiencia suprarrenal. El perfil conductual característico incluye labilidad emocional, hiperactividad o conducta inhibida, y/o fracaso escolar. Estos déficits rápidamente evolucionan a signos de disfunción del lóbulo parietal, tales como apraxia, déficits sensoriales, y orientación espacial alterada. Puede haber alteraciones visuales y auditivas, así como convulsiones. Una vez que los déficits neurológicos comienzan a aparecer, restan entre 6 meses y 10 años para alcanzar un estado vegetativo, y luego, la muerte.

Con respecto al tratamiento, hay un estudio que demuestra que la administración de gliceroltrioleato y gliceroltrierucato ("aceite de Lorenzo") normaliza los valores plasmáticos de AGSCML, aunque no resulta en una mejoría clínica una vez que se ha manifestado el cuadro. Este aceite funcionaría preventivamente si el diagnóstico de la enfermedad se hiciera precozmente. De todos modos, este aceite no existe en la Argentina. Otros tratamientos prometedores a futuro son el trasplante temprano de médula ósea y la terapia génica correctora del defecto metabólico.

No se debe obviar la importancia del consejo genético a la familia. Se puede suponer que el tío materno de Jonathan que había fallecido a los 11 años de "parálisis cerebral" probablemente había padecido de adrenoleucodistrofia. Siendo la madre de Jonathan portadora del gen, habría que prestar especial atención al hermano menor de Jonathan quien tenía al momento de la consulta 3 años de edad. Asimismo, habría que informarla del riesgo de la transmisión vertical del defecto genético a futuro. Habría también que estudiar a las mujeres de la rama materna de la familia, para detectar portación del gen.

Resulta interesante el hecho de que a esta enfermedad recién se le puso el nombre en la década del 70. Cabe preguntarse si algunos de los casos descriptos por Heller, especialmente aquellos que tenían un curso más ominoso, no padecían en realidad de una adrenoleucodistrofia no diagnosticada.

El tema del diagnóstico es interesante para abordar, visto y considerando que en la actualidad la enfermedad no tiene un tratamiento eficaz, y el único tratamiento preventivo no existe en nuestro país. Son esos casos en los que uno se pregunta la utilidad de establecer un diagnóstico. Se podría pensar que el diagnóstico de esta enfermedad, paradójicamente, sirve a la ciencia médica. El profesional se encuentra con un caso "interesante", del cual "se aprende", pero poco se puede hacer por el paciente. Es difícil a veces tolerar la frustración de lo que esto implica.

Con respecto al rol del psiquiatra infantojuvenil en casos como éste, se puede decir que es importante detectar, en el proceso del diagnóstico diferencial, los indicios de organicidad que promuevan el pedido de interconsultas con otras especialidades. En el caso de Jonathan, es de destacar que el primer contacto que tuvo el niño con el sistema de salud, fue con profesionales de la salud mental. Esto debido probablemente a que los síntomas iniciales de la adrenoleucodistrofia son los neuropsiquiátricos. Es importante tener siempre en cuenta la posibilidad de patología orgánica en el encuentro con un paciente. Asimismo, es de gran importancia acompañar al paciente a medida que se realizan los diversos estudios, ya que es reconocida la angustia que provoca la incertidumbre con respecto al diagnóstico, mismo en el grupo familiar como en el equipo profesional tratante. En este sentido, no es raro que el psiquiatra infantojuvenil se convierta en el profesional "de cabecera" de la familia.

Jonathan nació con un defecto genético. Padeció de un trastorno desintegrativo infantil asociado a una adrenoleucodistrofia que progresó implacablemente. Concurrió al servicio en julio. Falleció en diciembre. ¿Qué hubiera podido interponerse en su destino?

Un milagro.

BIBLIOGRAFÍA

-Brumback, R. A.; Coffey, C.E.: "Textbook of Pediatric Neuropsychiatry", American Psychiatric Press, Inc., 1998

-Gillberg, C.: "Clinical child neuropsychiatry"; Cambridge University Press, 1995

-Grau Martínez, A.; Meneghello, J.: "Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia", Ed. Panamericana, 2000

-Renschmidt, H.: "Schizophrenia in children and adolescents", Cambridge University Press, 2001.

Comentario de Relatos Clínicos: Un milagro para Jonathan

El Trastorno Desintegrativo Infantil (T.D.I.) es una entidad que cabalga entre el campo de la neurología y la psiquiatría infantil. Como sucede en el otro extremo de la vida con las demencias.

De allí lo apropiado de la primera aproximación de Heller a principios del siglo pasado de denominarlo como Demencia Infantil. En 1930 reporta nuevos casos y plantea la ausencia de trastornos neurológicos concomitantes y reafirma el comienzo luego de 3 o 4 años de desarrollo normal.

Posteriormente en la década de los 50 Kanner organiza los trastornos graves de la infancia en tres grupos: autismo infantil precoz, psicosis desintegrativas y esquizofrenia infantil.

Si bien la denominación de psicosis quería reflejar la grave desorganización y falla en la integración social, es claro ahora que los fenómenos propios de la psicosis como los fenómenos alucinatorios y delirantes son pocos frecuentes y siempre episódicos y transitorios en el T.D.I. Seguía sin quedar claro, su relación con trastornos específicos del sistema nervioso central. Debido seguramente a las limitaciones de los estudios complementarios en la época, así como la preponderancia de las hipótesis psicodinámicas.

Por último se comenzó a denominar Trastorno Desintegrativo Infantil en los años 70. Comienza entonces una polémica sobre si es una condición que invariablemente representa la manifestación de un proceso neuropatológico progresivo que comienza, muchas veces, como en el caso de Jonathan, con sintomatología conductual o puede ser algunas veces independiente de tal evidencia. Cuando la evaluación es realizada por los neurólogos o lo que reflejan los tratados de esa especialidad es que nunca van a diagnosticar T.D.I. sino el cuadro neurodegenerativo de base, como la adrenoleucodistrofia en este caso, lo que explicaría la tan baja incidencia del cuadro como Trastorno Mental.

Más allá de donde terminará la nosografía ubicando esta grave patología, es conveniente remarcar las características centrales que la diferencia de los otros dos grupos que, ya Kanner, con fina observación clínica, había intentado delimitar, y que son: el autismo y la esquizofrenia infantil.

El eje central para el diagnóstico diferencial son la edad de comienzo, el desarrollo previo y la evolución posterior. Las niñas/os con T.D.I. muestran un desarrollo normal hasta los 3 o 4 años. Progresivamente pierden casi todas sus capacidades, no sólo cognitivas o conductuales sino también las motoras, sensoriales y las destrezas del desenvolvimiento cotidiano como alimentarse o vestirse. Prácticamente sin remisiones hasta el fallecimiento como en el caso de J. o una vida vegetativa. El autismo es una alteración del desarrollo de clara manifestación en los dos primeros años de vida, donde las habilidades no se pierden. Éstas pueden

Dr. Ernesto Wahlberg
Médico Psiquiatra Infantil
[ewahlberg@uolsinectis.com.ar]

estar retrasadas o tener un desarrollo muy atípico. Espontáneamente o por las intervenciones terapéuticas, progresan en sus adquisiciones en la mayoría de las áreas

La esquizofrenia infantil se considera actualmente un trastorno asimilable al del adulto, solo que con un comienzo más precoz, hacia el final de la niñez. Por lo cual las alucinaciones y delirios son centrales en la presentación y evolución de esta patología. El tipo de deterioro es muy distinto al del T.D.I. ya que se circunscribe a las áreas conductuales y cognitivas y espontáneamente, o por las intervenciones terapéuticas, hay remisiones de mayor o menor intensidad. Ante el pronóstico tan desalentador del T.D.I., la autora se plantea el tema de la utilidad de establecer el diagnóstico. En primer lugar, no se trata de la utilidad o conveniencia del diagnóstico, sino, del deber por parte del profesional de suministrarlo y el derecho al mismo que tienen los padres o el paciente. Es conveniente recordar, sobre esto, la discusión sobre el modelo de responsabilidad moral de los médicos. El modelo del paternalismo médico, en el que los profesionales deciden que es lo mejor para el paciente, y el del consentimiento informado, donde los pacientes o sus cuidadores son los que deciden, con nuestro apoyo, los pasos a seguir.

Otro tema sobre el que debemos reflexionar, es, como dice la autora, “la importancia del consejo genético a la familia”. Pero no se trata sólo “de informar de los riesgos de transmisión”, ya que sin la disponibilidad de prácticas como la amniocentesis y la interrupción del embarazo, significa sólo qué grado de riesgo se está dispuesto a asumir de tener un niño/a con el trastorno. Son temas que deberían ser debatidos y consensuados por la sociedad, sin imposiciones autoritarias de sectores minoritarios, ya que la accesibilidad y la despenalización del aborto implican siempre una libre elección y no una imposición a realizarlo.

Por último, es cierto, como señala la autora, que la formación de los psiquiatras, por la disposición a una escucha abierta, otra práctica de los tiempos de consulta y una mirada más holística, nos lleva a ocupar ese lugar que tanto los pacientes como sus familiares sienten que cada día falta más en los sistemas de salud, hospitalocéntricos y ultraspecializados, que es el del “médico de cabecera”. No creo que debamos desistir, por ahora, de ocuparlo.



Invisible. Crónica de una rotación por APS en el año 2004

“Consideramos que tenemos un recurso humano de excelencia que desde la trinchera viene trabajando fuertemente para darle a la salud mental y a las personas el lugar que les corresponde”.

**Lic. Szpindel, Dr. Di Nanno-
Ministerio de Salud de la Nación.**



Lic. María Laura Ormando
Hospital Pedro de Elizalde

Breve contextualización del síndrome de APS

En algún lugar más allá del arco iris de la residencia en Salud Mental, existe una rotación llamada Atención Primaria de la Salud. Un lugar reservado para la exploración y el intercambio insólito con la comunidad. Algunos han tenido éxito. Otros, aún lo estamos elaborando.

Si de rotaciones se trata, la mayoría espera por internación, el mundo de las urgencias y las patologías graves o más aún la “rotación libre”. Pero cuando se nombra la palabra “primaria”, se hace presente algo de lo siniestro que retorna. ¿Será que acaso tenemos un trauma no elaborado aún con esa instancia escolar? ¿O será que en verdad nadie la conoce y se la prejuzga injustamente? ¿O quizás lo que nos ofrecen como APS no lo es y estuvimos ciegos todo este tiempo?

En un trabajo de rastreo por las residencias, se distinguen dos grupos: en primer lugar los que aún no fueron; grupo que, frente a la búsqueda de “el lugar” de rotación comienza a cursar cierta angustia, inquietud, palpitaciones ocasionales, desinterés, a lo que se suman pensamientos disfuncionales catastróficos de “¿qué será de mí ahora?” o bien “¿y qué hago con todos mis pacientes?”, potenciados por el segundo grupo que incluye a los que ya están o han pasado por la experiencia y que presentan los siguientes

síntomas: anhedonia, abulia, apatía, desinterés, fastidio, irritabilidad, ciertos impulsos agresivos y verbalizaciones irreproducibles, verificándose que este segundo grupo cursa la sintomatología en un tiempo que puede variar según haya sido la experiencia vivida.

Desde un punto de vista psicoanalítico hasta podríamos decir que APS es un buen ejemplo de “una falta que no genera deseo”. O quizás, el problema es que se trata de una falta que se intenta disimular... Se constatan así, sendos mecanismos de defensa que van desde la negación (“APS no existe”) pasando por la somatización y/o proyección (“es inútil hacer algo con esta gente que igual no quiere cambiar”).

Hasta aquí, puro discurso. Pero los discursos se conforman a partir de dos instancias: quienes lo producen y quienes lo aceptan pasivamente sin cuestionarlos, como instancias naturales y dadas. Por eso, nunca son ingenuos. La sociedad sostiene determinados discursos de poder, tendientes a mantener el status quo conveniente a los fines de ejercer control. Nuestro país, es el mejor ejemplo de discurso normativizador orientado a favorecer a determinados sectores de poder. Pero la caída de significaciones cristalizadas sólo se produce a partir del conocimiento de las mismas, por eso es necesario inmiscuirse en el discurso que sustentan las políticas de salud y la influencia que luego tiene sobre nuestra formación y práctica como residentes del ámbito de la salud mental. Frente a lo incomprensible del presente, la historia quizás pueda cortar con el circuito de repetición.

El tiempo pasa, el sistema de salud no

Desde siempre, la agenda sanitaria mundial ha sido diagramada por los organismos oficiales internacionales, como la OMS, OPS y el Banco Mundial y en la que Latinoamérica alcanza a cumplir el mínimo porcentaje de las metas propuestas año a año, aunque nos consideren prioritarios y nos llamen “países en vías de desarrollo”. De qué, aún no se sabe. Uno de los “objetivos prioritarios” de esta agenda sanitaria mundial es el fomento de la atención primaria de la salud.

Haciendo historia, en el año 1978 se celebra la convención de Alma Ata (en la ex URSS), y en la cual se reformula el paradigma de la atención de la salud, enfatizando la APS como estrategia a implementar a nivel internacional. Cabe recordar, que en aquel momento, nuestro país tuvo como enviado especial al contralmirante Iran Campo, en un momento en el que los derechos civiles eran un ideal a reconquistar. No hay que mencionar que nada de lo sugerido se pudo implementar; premisas básicas como: atender los problemas de la salud en conjunto con la comunidad, emplear métodos científicamente probados, socialmente aceptables y accesibles a los habitantes, considerar a la salud como un bien obtenido a través de la participación activa de todos y no como medida impuesta, lograr que el costo de atención sea acorde con el lugar que la salud ocupa en la escala de valores de cada sociedad.

Dichos preceptos otorgaban un giro novedoso no sólo a la salud en general sino a la Salud Mental, permitiendo una nueva posición respecto de la visión centrada en la enfermedad, tendiente a la psicopatologización masiva. Entonces aparecen los hospitales de autogestión, la práctica de las áreas programáticas y centros de salud, la idea de regionalización y de que la salud mental podía llegar a convertirse en un bien adquirible por y para la comunidad. Veinte años después la salud pública asistía a la mayor pauperización hasta entonces conocida. Sin embargo, la OMS surge con una nueva propuesta: “Salud para todos en el 2000”. El nuevo milenio traería un pan bajo el brazo y la APS al fin, sería una realidad.

Esto es lo que hay

Ahora bien ¿en qué formato llegan a las residencias las políticas dirimidas desde los escritorios de una agencia internacional? Comencemos por la plana mayor.

Existe en el Ministerio de Salud, una instancia denominada “Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable”, y que ha redactado un apartado intitulado “Estrategias para una política en salud mental”, amparado en las recomendaciones de la OMS del año 2001: “Salud Mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas”. Es así que desconociendo la influencia nefasta de las crisis socio-económicas y los “etcéteras” que hagan falta, plantean “el fortalecimiento del efector público, el armado de redes público-privado y el acercamiento de las acciones a la comunidad”, centrando entonces la acción del

área de salud mental en dos ejes fundamentales: promocional-preventivo y reestructuración del sistema de atención. Para el logro de dichos objetivos, apelan a que “parte de nuestros esfuerzos, han sido dirigidos a la capacitación del recurso humano en salud mental en el primer nivel de atención, como una de las estrategias tendientes a la detección precoz de problemáticas de salud mental que puedan ser resueltas en el seno de la comunidad y con la comunidad”. Y es así, que los residentes, que nos encontramos en pleno proceso de capacitación, estaríamos dentro de esos recursos. Al menos eso confirma la Resolución N° 558/00, dependiente del mismo Ministerio, tendiente a la adaptación de los programas de residencias para orientarlas al Primer Nivel de Atención, incluyendo a Salud Mental y Psiquiatría y cuyos fundamentos básicos son: que dicha reforma se dirige a obtener mejoras significativas en los índices sanitarios y que esto se logra si los profesionales de la salud salimos y participamos con la comunidad, educando, aportando y aprendiendo de la misma, pero que para ello se requiere de un proceso de capacitación de los profesionales y de la sociedad. Sin embargo, médicos y psicólogos, al tener una formación de grado centrada en la enfermedad descuidan este aspecto de la promoción, entonces hay que brindar una formación de postgrado para suplir la falencia, pero que además habría que cambiar los contenidos curriculares y que si APS aún no ha logrado en Argentina “un desarrollo adecuado”, es por la “falta de “masa crítica” de profesionales bien formados e incentivados para esta tarea”. Un agregado para nuestra tranquilidad es que la Subsecretaría de Atención primaria de la Salud supervisa el cumplimiento de los programas de capacitación. Regístrese, comuníquese, publíquese en el Boletín Informativo y ARCHIVASE. Sobre todo, esto último.

Uno da lo que recibe, luego recibe lo que da

El ingreso a la residencia debería ser en verdad el pasaje de lo acrítico de ciertos marcos teóricos a nuevas formas de repensar la teoría y la práctica. Lo terrible es que mucho tiempo después, la falta de criterio en lugar de ceder, se acentúa. En general, lo único a lo que aspira en primera instancia un residente novel es a ver pacientes, porque así se lo dijeron y porque así le enseñaron; es decir, uno espera comprobar lo cursado en Psicopatología o Patologías médicas 1. A nadie le interesa demasiado lo que opine la Salud Mental comunitaria y la prevención, parece que no existieran otros universos más allá del DSM IV, la risperidona, el goce y la castración. Los castrados somos nosotros, castración que aún no hemos elaborado, pero la percepción no es equivocada: nos guiamos por discursos universitarios dogmáticos que luego encuentran eco forzado en la práctica.

Seguimos sosteniendo el modelo de la patología, cuando en verdad la enfermedad, más allá de su carácter individual, implica contextos sobre los que trabajar y esto no significa resolver problemas sociales, sino considerar que los mismos son parte de la consulta. En este sentido, Galende sostiene que el problema quizás radique en el imaginario

profesional al que terminamos adscribiendo: el beneficio de la enfermedad y la ideología liberal en un ejercicio privado, donde las prácticas “psi” se relacionan con la rentabilidad. Pensando en un giro hacia lo comunitario, lo único que se hace en definitiva es recrear la relación dual con los pacientes, y la APS queda cristalizada en “prácticas para el pobre y el marginal”.

No hay una tradición que fomente la importancia de los distintos niveles de atención, más allá de su mención. Y nosotros tampoco lo consideramos digno de ser tratado.

Sin embargo, la Dirección de Capacitación opina de manera diferente y define a las “residencias” como el “sistema remunerado de capacitación de posgrado [...]” caracterizado por “la práctica de la capacitación en servicio, esto es, desarrollar actividades asistenciales programadas y supervisadas en instituciones dependientes del Sistema de Salud del GCBA. Esta capacitación se desarrolla en el ámbito intrahospitalario, como así también extramuro, en íntima relación con la comunidad a la que se dirige y en el marco de la APS, destacando aspectos de prevención y promoción de la salud.”.

Y como hay que ser consecuente con lo que se publica y promulga, se apunta a que esa formación deficiente que traemos desde la universidad, pueda suplirse no sólo con ocho meses de rotación específica en intervenciones en APS, sino además, con el asesoramiento de profesionales de mayor experiencia en el área, formados igual que lo que nosotros nos formaremos.

“Rotarás, rotarás y APS pasará”

Un taller de prevención de HIV y ETS, pesemos niños sanos, casas tomadas en donde se le pregunta a la madre, al niño y al gato “¿Se han vacunado últimamente? Bueno, vayan”; talleres sobre fracaso escolar a dos meses de terminar el ciclo lectivo, busquemos gente sin techo y hagámonos presentes... y la lista sigue. Lo criticable no es la temática sino el dispositivo que no permite completar una tarea de prevención acorde con lo que suponemos es la APS, ya que el trabajo desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, supone la “creación de contextos” a través de las relaciones que se establecen entre los pacientes y los profesionales. En cambio, contamos con dispositivos que no se sostienen en premisas claras, con profesionales poco idóneos e incluso mal formados en el área que les compete. Bien ¿esta se supone que es la formación que debemos adquirir para cumplir con la resolución 558/00 y el plan de residencias que a su vez debe “alcanzar” las estrategias de la Unidad que se basa en las metas de OMS del año que nos convoca? ¿Estamos realmente capacitados para realizar intervenciones mínimas a nivel comunitario dentro y fuera del hospital?

Lo que terminamos haciendo es asistencialismo de baja calidad, sin monitoreos, sin relevamientos, sin auditorías pero porque desde las instancias superiores no las hay. El problema es siempre el mismo, repitiéndose el circuito en las áreas de formación: mala utilización de los recursos

humanos y políticas de buena intención que terminan en una desarticulación caótica en donde la comunidad y los profesionales quedamos siempre en los mismos lugares de desamparo y preguntas sin respuestas. No se trata sino otra vez de la transmisión autoritaria y normativa de un discurso que no se analiza, sólo se imparte sin sentarse a considerar si realmente nos encontramos capacitados y formados para llevarlo a cabo, de un no cuestionamiento sobre las prácticas y las miradas que tomamos sobre la enfermedad, sobre la vida y sobre nosotros mismos como profesionales. Porque no se confundan: construir salitas y centros de salud barriales y publicar el trabajo que se hizo en un comedor de una villa de emergencia con las fotos de algunos chicos sonrientes de miseria no es contribuir al fomento de la APS, sino un impedimento para su desarrollo. Si bien es cierto, que desde los residentes ha habido muy buenos intentos y logros a nivel de proyectos y eso no puede desconocerse, hay sin embargo, un punto a considerar y es el “no hábito” de plantear quejas respecto de lo que nos perturba, de lo que “insiste” diríamos en psicología. Y así, sólo ayudamos a mantener el status quo, no cuestionamos demasiado el mientras, pero después nos quejamos porque el mismo sistema que alguna vez nos cobijó por cuatro años, ahora nos expulsa. Y nos encontramos con que no sabemos trabajar más que para un consultorio y que aquello de salud “con y para la comunidad” no era tal cosa. Pasando la puerta del hospital, arréglese como pueda.

Es válido entonces el reclamo de que se vean los pasos a seguir desde la formación que se nos imparte y esto no se arregla con un curso breve o charlas previas a la rotación: no sólo por la pésima calidad de las mismas y el desinterés que generan, sino porque luego, en la práctica las definiciones se quedan en formas vacías de contenido.

Si confiamos en que realmente puede hacerse APS en Salud Mental y los objetivos incluyen la integración de los servicios en el sistema sanitario general, acercamientos a la población y detección precoz de grupos de riesgo, descentralización de los servicios de salud mental, programas de rehabilitación y priorización de actividades preventivas, docentes y de investigación en base a un modelo epidemiológico y uno clínico, entonces no nos estamos formando en atención primaria, porque en verdad, ninguna de estas premisas se llevan a cabo adecuadamente.

Señores a quienes corresponda y de mi mayor consideración: están capacitando a las generaciones de profesionales que sostienen y sostendrán (con suerte) el sistema de salud de este país. Somos jóvenes, necesitamos y exigimos aprender, formarnos de la experiencia, aún en un sistema caótico, perverso y poco ético. No puede pensarse una práctica basada en la atención primaria de la salud en estas condiciones, sin rumbo, sin regulación, sin verificaciones de los espacios que se ofrecen y de la gente que está a cargo de los mismos.

Sin ánimo de desentenderme de aquello que me convoca, creo que ambas partes deberíamos sentir vergüenza, porque este sistema de formación sólo evidencia una doble cobardía solapada: la suya, por creernos ingenuos.... la nuestra por no ponerlos en evidencia.



Uso de Aripiprazol en pacientes con Esquizofrenia Residual

Resumen :: Introducción: Aripiprazol es una droga antipsicótica atípica que se comportaría como un modulador y estabilizador del sistema dopaminérgico/serotoninérgico meso-límbico-cortical y nigro-estriatal; estas características podrían mejorar las alteraciones defectuales en las esferas volitiva y afectiva de la esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, y todos aquellos cuadros que se acompañen de la psicopatología negativa o deficitaria de la esquizofrenia, según el DSM-IV. [(9), (11), (12)]. Objetivo: Evaluar la efectividad de Aripiprazol en la mejoría psicopatológica de los síntomas negativos (defectuales) o deficitarios de la esquizofrenia (según el DSM-IV) en 20 semanas, medida por las reducciones desde la línea de base en la escala PANSS y CGI-SI, y el incremento en la puntuación de la escala QLS y CGI-GI, sobre la línea de base. Metodología: estudio observacional y descriptivo (ensayo clínico), de tipo prospectivo y longitudinal, de 20 semanas de duración, con una muestra de 10 (diez) personas con esquizofrenia residual que recibieron de 15 a 30 mg de Aripiprazol realizado entre diciembre del 2005 y noviembre de 2006. Resultados: a las 8 semanas de comenzado el estudio la escala QLS tuvo un incremento estadísticamente significativo ($p = <0,05$ y $p = <0,01$), mientras que la subescala PANSS síntomas negativos tuvo disminuciones estadísticamente significativas ($p = <0,05$ y $p = <0,01$). Conclusiones: se puede pensar, a partir de los datos obtenidos en este trabajo, que aripiprazol sería capaz de modular ambos sistemas y mejorar la sintomatología negativa, fundamentalmente afectiva.

Palabras clave :: aripiprazol, modulación dopaminérgica y serotoninérgica, efectividad, mejoras estadísticamente significativas de los síntomas negativos.

Director: Dr. J. J. Vilapriño Duprat.*
Integrantes del equipo: Dr. Immerso
Juan Pablo. Dr. Alcalde, Rodrigo.
Dra. Frites, Alicia. (1)

* Médico Psiquiatra. Jefe Servicio de Guardia. Hospital "El Sauce".
(1) Médicos Residentes. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Hospital "El Sauce".

El estudio se realizó en dependencias del Hospital "El Sauce". Guaymallén. Mendoza. Argentina.
[serturnerjuan@hotmail.com]
(Juan Pablo Immerso)

Objetivo

- Evaluar la efectividad de Aripiprazol en la mejoría psicopatológica de los síntomas negativos (defectuales) o deficitarios de la esquizofrenia (según el DSM-IV) en 20 semanas, medida por las reducciones desde la línea de base en la escala PANSS y CGI-SI y el incremento en la puntuación de la escala QLS y CGI-GI, sobre la línea de base.

Introducción

Aripiprazol es una droga antipsicótica atípica, siendo un agonista parcial de los receptores D2, tanto pre como post-sinápticos y de los receptores 5HT1A presinápticos y antagonista del receptor 5HT2A postsináptico. (1), (2), (3), (8), (10), y (15).

Por esto, se comportaría como un modulador y estabilizador de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico meso-límbico-cortical y nigro-estriatal, produciendo un antagonismo en donde haya hiperdopaminérgica y un agonismo en donde haya hipodopaminérgica. Estas características podrían mejorar las alteraciones defectuales (al aumentar la liberación de DA en la vía meso-límbico-cortical por antagonismo 5HT2A) en las esferas volitiva y afectiva de la esquizofrenia residual, esquizofrenia simple y todos aquellos cuadros clínicos que se acompañen de la psicopatología negativa o deficitaria de la esquizofrenia, según el DSM-IV. (9), (11), (12). En el estado defectual (con síntomas negativos) o deficitario, existiría una hipodopaminérgica asociada a: hiperserotonérgica - sobreexpresión de receptores serotoninérgicos - escasa síntesis y liberación de DA (5), (6), (9) y (11).

En trabajos anteriores se ha demostrado que Aripiprazol tiene efectos adversos de baja frecuencia ^{(1), (3), (5), (7), (11) y (14)}

Materiales

Criterios de inclusión:

- Personas internadas o que concurren a los Consultorios Externos del Hospital.
- De ambos sexos, edades entre 18 a 65 años.
- Que reúnan criterios diagnósticos para síntomas negativos esquizofrénicos, según DSM-IV.
- Que hayan recibido o no tratamiento previo con otros psicofármacos.
- Que hayan firmado el Consentimiento Informado.

Criterios de exclusión:

- Sensibilidad conocida al Aripiprazol.
- Alteraciones clínicamente significativas con respecto a los efectos adversos.
- Pacientes que recibieron antipsicóticos atípicos o antidepresivos DURANTE EL ESTUDIO.
- Mujeres Embarazadas o que estén amamantando

Escalas usadas:

- PANSS (16)
- QLS
- CGI (17) - Gravedad de la enfermedad: (CGI-SI), CGI-I
- Mejoría Global: (CGI-GI), CGI-G

Droga usada: Aripiprazol.

Metodología

Primero se llevó a cabo una revisión bibliográfica y luego se procedió a llevar a cabo el estudio en la práctica de trabajo de campo, con los pacientes voluntarios del hospital.

- Inicio: 1/12/2004.
- Duración del estudio: 20 semanas.
- Finalización: 30/11/2005.
- Límite de reclutamiento: 31/6/2005.
- Tipo de estudio: Estudio observacional y descriptivo (ensayo clínico), de tipo prospectivo y longitudinal, de 20 semanas de duración, con una muestra de 10 (diez) personas con esquizofrenia residual que recibieron de 15 a 30 mg de Aripiprazol.
- Dosis: Aripiprazol se administró vía oral: dosis de inicio 7,5 a 15 mg; dosis de mantenimiento de 15 a 30 mg por día en una sola toma diaria, ^{(1), (2), (5), (8), (11) y (14)}. Cuando se usó medicación que fuera inductora ezimática en forma concomitante se hicieron los ajustes necesarios ⁽¹⁴⁾.

Seguimiento

- Día 1: se admitieron aquellos pacientes que deberían reunir razonablemente los criterios de inclusión y exclusión. Antes de la administración de Aripiprazol se firmó el Consentimiento Informado y luego se administraron las siguientes escalas: PANSS, QLS y CGI. Después se comenzó con la dotación del fármaco a las dosis previstas.
- Día 2: a las 5 semanas de la administración del fármaco, se suministró al paciente las siguientes escalas: PANSS, QLS y CGI.
- Día 3 - Día 4 – Día 5: Idem
- Análisis estadístico: se realizó utilizando la T de Student con re-test posterior.

Resultados

Se reclutaron un total de 10 pacientes; dos abandonaron el estudio antes de la segunda evaluación. Uno de los pacientes comenzó con la sintomatología paranoide previa. Había sido diagnosticado como esquizofrenia paranoide, pero se encontraba defectuado.

Los seis pacientes restantes se reunieron en 5 grupos y cada grupo representaba uno de los momentos de aplicación de las escalas.

Se compararon los grupos entre sí en cada escala para evaluar la eficacia del aripiprazol en la disminución de los síntomas negativos, fundamentalmente. Entonces se comparó el grupo 1 (basal) con el 2, el 3, el 4 y el 5; luego, el grupo 2 con el 3 y el 4 y el 5; después, el grupo 3 con el 4 y el 5; y, finalmente, el grupo 4 con el 5. De esta manera se generaron diez comparaciones con las escalas.

Con respecto a la escala QLS (Tabla N° 1) se observó una mejoría estadísticamente significativa ($p = <0,05$) a las 10 de comenzado el estudio, la cual fue aumentando a lo largo del mismo. Esta mejoría en la calidad de vida, se observó fuertemente en los sectores de las relaciones interpersonales (familiares, amigos, parejas) y en los sectores de actividad social e iniciativa a realizar actividades sociales. Aumentó moderadamente la motivación y la curiosidad, como así también, la estructuración de tareas rutinarias, y el uso del tiempo y la adquisición de objetos materiales.

En la PANSS de psicopatología general (Tabla N° 2), ocurrió una mejoría a las 10 semanas con respecto al basal, produciéndose un último pico a las 20 semanas, sin observarse, luego, grandes variaciones. Se observó una disminución de los estados depresivos y ansiosos, disminuyeron los pensamientos inusuales y extraños y la evitación social activa. Pero aumentó la colaboración del paciente y hubo una mejoría con respecto a la introspección.

Con los síntomas negativos (PANSS síntomas negativos,

Tabla N° 3) ocurrió que tuvieron una mejoría significativa a las 10 semanas, pero en forma leve, y a las 20 semanas la mejoría era evidente ($p = <0,05$). Hubo un aumento significativo a nivel de la empatía, a medida que disminuía la retracción emocional. Se observaba que el paciente quería conversar, tenía la iniciativa y podía mantener una conversación, siguiendo el hilo de la misma. Con esto, sobrevino la disminución de los pensamientos estereotipados. En la escala CGI, (Tablas N° 4 y 5, CGI-G y CGI-I, respectivamente), como era de esperarse, la mejoría total no se logró, pero hubo un aumento en la CGI-G a las 10 sema-

nas y se mantuvo en relación a una evolución favorable de la enfermedad.

Obsérvese en el Gráfico 2 como la p de QLS aumenta con la p de la PANSS síntomas negativos, indicando una mejoría en la primera a medida que disminuyen los síntomas negativos.

Mientras tanto, en el Gráfico 1, las gráficas se invierten y se observa claramente cómo con un aumento negativo de la QLS se acompaña de aumentos positivos de la PANSS total, PANSS psicopatología general y PANSS síntomas negativos.

Tabla N° 1

N=6	Comp.1 (G1 vs. G2)	Comp.2 (G1 vs. G3)	Comp3 (G1 vs. G4)	Comp.4 (G1 vs. G5)	Comp.5 (G2 vs. G3)	Comp.6 (G2 vs. G4)	Comp.7 (G2 vs. G5)	Comp.8 (G3 vs. G4)	Comp.9 (G3 vs. G5)	Comp. 10 (G4 vs. G5)
Valor de tObs.	-1,01	-2.27	-3.36	-3.95	-1.35	-2.47	-3.11	-1	-1.64	-0,71
P=	n.s	<0,05	<0,01	<0,01	n.s.	<0,05	<0,05	n.s.	n.s	n.s

Tabla N° 2

N=6	Comp.1 (G1 vs.G2)	Comp.2 (G1 vs. G3)	Comp3 (G1 vs. G4)	Comp.4 (G1 vs. G5)	Comp.5 (G2 vs. G3)	Comp.6 (G2 vs.G4)	Comp.7 (G2 vs. G5)	Comp.8 (G3 vs. G4)	Comp.9 (G3 vs. G5)	Comp. 10 (G4 vs. G5)
Valor de tObs.	2.15	2.43	3.05	3.76	0.64	1.42	2.08	0.75	1.29	0,47
P=	n.s	<0,05	<0,05	<0,01	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s	n.s

Tabla N° 3

N=6	Comp.1 (G1 vs.G2)	Comp.2 (G1 vs.G3)	Comp3 (G1 vs.G4)	Comp.4 (G1 vs.G5)	Comp.5 (G2 vs.G3)	Comp.6 (G2 vs.G4)	Comp.7 (G2 vs. G5)	Comp.8 (G3 vs. G4)	Comp.9 (G3 vs. G5)	Comp. 10 (G4 vs. G5)
Valor de tObs.	1.97	3.42	3.46	2.52	1.53	1.82	4.2	0.47	1.13	0.59
P=	n.s	<0,01	<0,01	n.s	n.s.	n.s.	<0,05	n.s.	n.s	n.s

Tabla N° 4

N=6	Comp.1 (G1 vs.G2)	Comp.2 (G1 vs.G3)	Comp3 (G1 vs.G4)	Comp.4 (G1 vs. G5)	Comp.5 (G2 vs. G3)	Comp.6 (G2 vs. G4)	Comp.7 (G2 vs. G5)	Comp.8 (G3 vs. G4)	Comp.9 (G3 vs. G5)	Comp. 10 (G4 vs. G5)
Valor de tObs.	1.19	2.58	3.98	3.98	1.35	3	3	2.71	2.71	0
P=	n.s	<0,05	<0,01	<0,01	n.s.	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	n.s

Tabla N° 5

N=6	Comp.1 (G1 vs.G2)	Comp.2 (G1 vs.G3)	Comp3 (G1 vs.G4)	Comp.4 (G1 vs. G5)	Comp.5 (G2 vs. G3)	Comp.6 (G2 vs. G4)	Comp.7 (G2 vs. G5)	Comp.8 (G3 vs. G4)	Comp.9 (G3 vs. G5)	Comp. 10 (G4 vs. G5)
Valor de tObs.	-7.89	-7.89	-10	-5.22	0	-0.32	0.49	-032	0.49	0.79
P=	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	n.s.	n.s.	n.s	n.s.	n.s	n.s

Gráfico 1

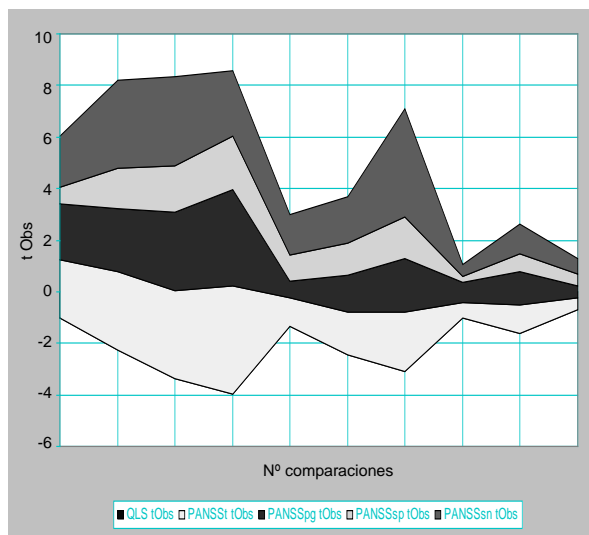
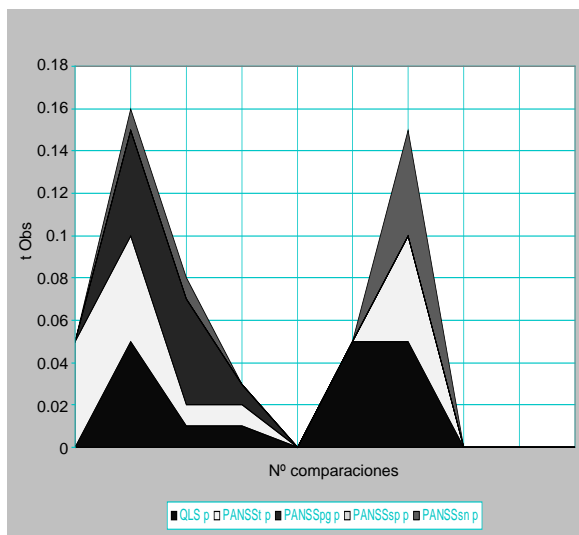


Gráfico 2



Conclusiones

Se ha podido observar que aripiprazol tiene la capacidad de disminuir la psicopatología negativa y defectual de los pacientes que participaron del estudio, los cuales tenían, en su mayoría, el diagnóstico de esquizofrenia simple (no contemplada como tal en el DSM-IV). También aumenta la calidad de vida de los mismos.

El síntoma que más varió particularmente dentro de la subescala PANSS síntomas negativos fue la empatía (el paciente podía relacionarse con sus semejantes y expresar corporalmente sus emociones), lo que permitió que la

QLS (como el contacto con miembros de la familia, amigos, recreaciones y la búsqueda de trabajo) aumentara en las semanas posteriores. Persistió la falta de propositividad vital, que quizá hubiera mejorado si el estudio hubiese sido más largo.

Como se dijo, los síntomas negativos serían debidos a alteraciones de los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos cortico-subcorticales, y se puede pensar, a partir de los datos obtenidos en este trabajo, que aripiprazol sería eficaz para mejorar la sintomatología negativa, fundamentalmente afectiva, y capaz de modular ambos sistemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Monografía del producto received from Otsuka Pharmaceutical Co, Ltd, Tokyo, Japan, 101-8535, on March 2005 (English version).
- 2) Fadel Daniel, Serra H. Alejandro. "Farmacología del aripiprazol, un antipsicótico agonista parcial de la neurotransmisión dopaminérgica-serotoninérgica". 2004. Psicofarmacología. Vol. 25: 39-46.
- 3) Anthony DeLeon, PharmD, Nick C. Patel, PharmD, and M. Lynn Crismon, PharmD. "Aripiprazole: A Comprehensive Review of Its Pharmacology, Clinical Efficacy, and Tolerability". 2004. Clinical Therapeutics. Vol. 26, Nº 5: 649-666.
- 4) Zieher Luis María. "Aspectos neurobiológicos de la esquizofrenia". Psicofarmacología. 2004. Bs. As. Argentina. Vol. 25: 17-22.
- 5) Buckley, P. F. "Aripiprazol: perfil de eficacia y tolerabilidad de un antipsicótico atípico de nueva generación". 2003. Drugs of Today. Vol. 39(2): 145-151.
- 6) Philip E Lee, Sudeep S Gill, Morris Freedman, Susan E Bronskill, Michael P Hillmer, Paula A Rochon. "Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic review". 2004. BMJ: 329-75.
- 7) Carstairs SD, Williams SR. "Overdose of aripiprazole, a new type of antipsychotic". 2005. J. Emerg. Med. Apr; 28(3): 311-3. Department of Emergency Medicine, Naval Medical Center, San Diego, California.
- 8) Revista UpDate: "Aripiprazol on focus". 2005.
- 9) Volavka J, Czobor P, Citrome L, McQuade RD, Carson WH, Kostic D, Hardy S, Marcus. "Efficacy of aripiprazole against hostility in schizophrenia and schizoaffective disorder: data from 5 double-blind studies". J Clin Psychiatry. 2005 Nov; 66 (11): 1362-6.
- 10) Hirose T, Kikuchi T. "Aripiprazole, a novel antipsychotic agent: dopamine D2 receptor partial agonist". J Med Invest. 2005. Nov; 52 Suppl.: 284-90.
- 11) Kinghorn WA, McEvoy JP. "Aripiprazole: pharmacology, efficacy, safety and tolerability". Expert Rev Neurother. 2005. May; 5 (3): 297-307.
- 12) Tadori Y, Miwa T, Tottori K, Burrell KD, Stark A, Mori T, Kikuchi T. "Aripiprazole's low intrinsic activities at human dopamine D2L and D2S receptors render it a unique antipsychotic". Eur J Pharmacol. 2005. May 16; 515 (13): 10-9.
- 13) Cosi C, Waget A, Rollet K, Tesori V, Newman-Tancredi A. "Clozapine, ziprasidone and aripiprazole but not haloperidol protect against kainic acid-induced lesion of the striatum in mice, in vivo: role of 5-HT1A receptor activation". Brain Res. 2005. May 10; 1043 (12): 32-41.
- 14) Citrome L, Josiassen R, Bark N, Salazar DE, Mallikaarjun S. "Pharmacokinetics of aripiprazole and concomitant lithium and valproate". J Clin Pharmacol. 2005 Jan; 45 (1): 89-93.
- 15) Naber D, Lambert M. "Aripiprazole: a new atypical antipsychotic with a different pharmacological mechanism". Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004. Dec; 28 (8): 1213-9.
- 16) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizoph Bull 1987; 13(2): 261-76. Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health, 1976.



Un acercamiento a la psicomotricidad



Psm. Débora Schojed-Ortiz*
y equipo de pasantes del H. N. Ricardo
Gutiérrez (Cdad. De Bs. As.):

Psm. Mariana Albano

Psm. Viviana Ducasa

Psm. María Marta Laraya

Psm. Nora López

Psm. Paula Tosto

Psm. Mariela Zoppi

“El cuerpo es el cuerpo. Está donde está el corazón, los ojos, los brazos, los dientes y las piernas. Es para caminar y para sentarse. Es donde te duele.”

La definición, no teórica pero decididamente interesante, es de Camila, de 6 años. Iván, dos años más grande y ya protagonista de numerosos accidentes domésticos, ostenta con orgullo dos cicatrices en la cara al explicar: **“El cuerpo es algo muy delicado que hay que cuidar mucho. Es muy especial porque te hace mover los huesos. Y además hay que cuidarlo porque tiene a Jesús en el corazón. Si dejás el cuerpo en casa, estás muerto.”** Sin embargo, **“el cuerpo está pegado a las personas”**, agrega Federico, de 7 años, al tiempo que Carolina, de 5, muy pensativa, responde: **“Una cabeza, una cara, unas piernas, una panza... No podés ir a ningún lado sin cuerpo porque el cuerpo es para hacer algo.”**

*D.U. de la Université Pierre et Marie Curie de Paris. Prof. Titular de Teoría y Técnica de la psicomotricidad II. Prof. Titular del Seminario de Semiología Observacional Universidad Nacional de Tres de Febrero Coordinadora de la Pasantía del Seminario de Semiología Observacional de la Licenciatura de Psicomotricidad (UNTREF) en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Cdad. De Bs. As.

Responder a la pregunta “¿qué es el cuerpo?” parece, entonces, una tarea bastante difícil. Supone hablar de un espacio, de un envoltorio, de una suma de partes que posibilitan un quehacer u otro. Hablar del cuerpo es hablar de dolor, es desconocimiento, y para entrar en este complejo terreno conviene recordar unas palabras del Dr. Jean Bérghès: “Sólo tengo acceso al cuerpo porque se habla de él. Lo que articula al cuerpo es la palabra. El lenguaje lo hace funcionar”.¹

La psicomotricidad es una disciplina que se ocupa e interroga acerca del funcionamiento perturbado del cuerpo y todo lo que éste produce como soporte de un sujeto. Gestos, posturas, actitudes, movimiento, lenguaje y actividades grafo-plásticas, son algunos de los puntos de interés de esta disciplina. No se considera a la motricidad desde la perspectiva de la integración anatómo-funcional para la

readaptación o recuperación de un miembro, un órgano o una función -que sería el área específica de la kinesiología-, tampoco de la eficiencia y el rendimiento -que son temas de la educación física-, ni solamente se atienden los elementos expresivo-comunicativos -que pertenecen al área de la expresión corporal-: nos ocupamos de la motricidad comprendida como efecto de la integración de acciones que ponen en juego a la totalidad del sujeto, tal como se ha constituido en relación a su historia y en función de sus relaciones con los otros.

Psicomotricidad en el tiempo

La práctica clínica en psicomotricidad tuvo su origen en Francia, en los años 50, a partir del trabajo de un grupo

de profesionales dirigidos por el Dr. Julián de Ajuriaguerra, que se interrogaron por niños que presentaban un conjunto consistente de signos motores y que no tenían lesiones en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.). Apoyándose en los desarrollos teóricos de Henri Wallon, de Jean Piaget y de la “psicología del yo” (muy en boga en esa época en Francia), Ajuriaguerra y sus colaboradores comenzaron el armado de un marco conceptual capaz de caracterizar y definir los trastornos psicomotores. El resultado de estos estudios quedó plasmado en su Manual de Psiquiatría Infantil, cuya primera edición fue en 1973. Allí se trabaja profundamente con la concepción psicobiologista de Wallon que, redimensionando el concepto de “tono muscular”, estableció que ya en el origen de la vida del niño están presentes las reacciones tónico-emocionales, pero, explica, la emoción no es, en sí misma no existe, sino que se expresa en el tono y, al establecerse una relación dialéctica entre ambos, se modifican y regulan mutuamente (el modelo que da cuenta de este funcionamiento es la hipertonía del llamado y la hipotonía de la satisfacción, cuando la necesidad del infante es resuelta en los tiempos adecuados).

El desarrollo de esta propuesta se integró con la idea piagetiana que sostiene que el acceso a la construcción de la inteligencia en el niño sólo es posible a partir del período de exploración sensorio-motriz, que es el que abre el camino al proceso de simbolización. A partir de estos lineamientos -y casi simultáneamente al armado de su marco teórico-, Ajuriaguerra convocó a profesores de educación física y kinesiólogos, que aportaron diferentes técnicas corporales para trabajar con los niños. Desde ya, estos primeros abordajes terapéuticos estaban influenciados por las concepciones positivistas y funcionalistas que provenían del campo de la medicina.

A mediados de la década del 60 hubo un nuevo y fuerte aporte piagetiano. La práctica se desplegó, al punto de adquirir un perfil netamente pedagogizante, puesto que se centró la atención en el trabajo con los niveles de representación y en el estímulo de todo lo necesario y útil para el aprendizaje escolar: una buena orientación espacial, una adecuada estructuración rítmica y un buen conocimiento de las nociones del esquema corporal.

Al redimensionar, con el desarrollo del psicoanálisis, los conceptos de salud y enfermedad, de normalidad y patología, se impusieron nuevas preguntas o, mejor dicho, serios interrogantes. ¿De qué cuerpo hablamos cuando hablamos del cuerpo? ¿Qué implica el concepto de otro en la construcción corporal? ¿Cuáles son las articulaciones entre esquema corporal e imagen del cuerpo? Se aportó, además, el valor de la historicidad, de la experiencia y de la dimensión discursiva. En este marco, el encuentro con la madre o su sustituto instala, ya desde el comienzo de la vida, una experiencia corporal fundante a la construcción del cuerpo, a la construcción del lenguaje, fundamentales para la constitución subjetiva. En psicomotricidad, este

encuentro inicial entre el niño y el otro recibe el nombre específico -aportado por Ajuriaguerra- de “diálogo tónico”², que alude a la presencia del otro, del cuerpo del otro, del campo tónico postural, de la mirada, la voz, las palabras del otro (su imaginario y su simbólico) y a los intercambios posibles que se generan entre el niño y su propio cuerpo.

Una práctica actual

Conocer la historia de la psicomotricidad es decisivo para comprender nuestro accionar, que nació con un criterio re-educativo. Desde un comienzo, se trató de que las dificultades motrices de los niños evolucionaran hacia la normalidad, por lo que se las evaluó y estimuló por sectores: la coordinación general, la coordinación dinámica manual, la función viso-motora y el equilibrio, entre otros. Para ello, se utilizaron ejercicios precisos y repetitivos, seleccionados por el reeducador, que propiciaron el control motor y el entrenamiento de las funciones como algo externo y ajeno al niño. Es necesario tener en cuenta que si de “lo puro motor” da cuenta la neurofisiología -con el conjunto de caracteres y leyes que explican el orden de aparición de los patrones motores comunes a la especie humana-, en “lo psico”, de lo psicomotor, está en juego el sujeto en toda su singular complejidad, por lo que nuestra tarea consiste en interrogarnos no sólo por la perturbación funcional del movimiento, del gesto, de la postura, sino fundamentalmente por el cuerpo que las produce y cómo ese cuerpo produce lo que produce atendiendo a la bipolaridad del signo psicomotor, es decir, a su valor funcional y relacional.

Pero se trata, como se ha dicho, de un cuerpo “en construcción” y, para vislumbrar más claramente este concepto, es preciso mencionar el ordenamiento que destaca Bèrgès.³ Equipo neurobiológico: aquello que el niño trae al nacer a nivel orgánico.

Función: son las estructuras del equipo o del organismo que van a desplegarse y ser sostenidas por otro. Estas funciones del cuerpo son, en el comienzo de la vida, las que apuntan a las necesidades básicas de supervivencia: sueño, alimentación, estructura de movimientos reflejos y estructura tónico-postural, entre otros.

Funcionamiento: es la puesta en marcha y uso de la función. Siempre es el otro el que desencadena el funcionamiento de la función.

Realización: es aquella parte del funcionamiento que le permite al niño accionar sobre la realidad de acuerdo a sus deseos, proyectos e intenciones.

Sin embargo, a esta comprensión sobre el funcionamiento del cuerpo conviene agregarle un concepto más -también aportado por Bèrgès⁴-, que nos ayuda a complementar la perspectiva: el llamado “cuerpo envoltura”, que se construye en la dialéctica entre límite y frontera. Se entiende el límite como confín y la frontera como lugar de intercam-

bios; límite de una mismidad, frontera de intercambios con el otro. Así, el concepto de “cuerpo envoltura” alude a la característica del cuerpo, no sólo desde su capacidad expresiva, sino mirado y entendido como lugar para recibir, desde la estructura tónico postural, desde la necesidad del otro. Este cuerpo práxico, cuerpo para la acción, se constituye a partir de un equipamiento neurobiológico inicial que deviene operante no sólo por las condiciones de su funcionamiento sino que necesita, para su despliegue, de un otro que signifique y dé sentido a la realización.

Autores de escuelas neurológicas -anglosajona y francesa, respectivamente- como A. Thomas y M.B. Mac Graw ya habían enunciado que toda la historia del desarrollo del niño, desde su paso de feto al de niño de jardín de infantes, se resumía en una corticalización progresiva, pero esta corticalización estaría en función estrecha con las experiencias vividas.⁵ Por su parte, el doctor Daniel Stern nos aporta: la actitud de la madre se halla en la base de su desarrollo afectivo y fundamentalmente en la base de su desarrollo físico de todo niño.⁶

En la infancia, la singularidad con que se recorte cada situación patológica debe respetar e insertarse en una cronología. Si un niño no despliega su funcionamiento, no se compromete su desarrollo psicomotor, se pone en juego su constitución subjetiva. Hay un tiempo para aprender a caminar, para saltar y para escribir; y no es lo mismo disponer o no de brazos para jugar al básquet a los 7 años o no disponer de las manos para sostener adecuadamente un lápiz, a los 5. En síntesis, los niños de la psicomotricidad son aquellos niños que se mueven mucho, que se mueven poco o que se mueven mal.

La práctica terapéutica en psicomotricidad comienza con la observación y los diagnósticos, en los que se atiende a las siguientes variables funcionales:

- 1) Organización tónico-postural-gestual.
- 2) Organización instrumental (coordinaciones estática, dinámica, manual y viso-motriz).
- 3) Estructura de representación: espacio, tiempo, imagen, dibujo, juego y lenguaje.

Pero, ¿cuál es el campo de acción específico de la psicomotricidad? Básicamente el llamado “trastorno psicomotor”, que puede ponerse en evidencia en los diferentes ciclos vitales del ser humano, desde su nacimiento hasta la muerte. Este trastorno determina la siguiente semiología: Inestabilidades, torpeza, inhibición del movimiento, trastornos de la organización gnoso-práxica, trastornos de la organización tónico-postural, paratonía, sincinesia, disarmonía tónica, perturbación del impulso motriz, alteración de la coordinación dinámica general y estática, alteración de la coordinación de la dinámica manual, tics y tartamudez como expresión de desorden tónico, alteración de la organización espacio-temporal, trastorno de la construcción de la imagen del cuerpo, alteración de la lateralidad y el ritmo, alteración del grafismo y de la escritura, trastornos

atencionales y trastornos tempranos del desarrollo psicomotor. Todos estos signos pueden tener una expresión dehiscente o tensional.

Cuadros psicomotores

Estos son, según Ajuriaguerra, algunos de los caracteres generales de los trastornos psicomotores:

- No responden a una lesión central como origen de los síndromes neurológicos clásicos.
- Son más o menos automáticos, motivados, sentidos o deseados.
- Van unidos a los afectos, pero también en relación con lo somático para fluir a través de una conducta final común y por esto no poseen las características propias de la perturbación de un sistema concreto.
- Son persistentes o lábiles en su forma, pero variables en su expresión. En un mismo individuo, están estrechamente ligados a aferencias y situaciones.
- Suelen expresarse en forma caricaturesca y conservan caracteres primitivos.⁷

En esta línea, Bérgeles puntualiza que “los trastornos psicomotores chocan con la pobreza, la avaricia y la modestia de su morfología”⁸ (se destaca la modestia de la morfología porque está construida en su forma con el mismo material de lo normal, de lo común, llevado al exceso, al límite de lo caricaturesco). Consideremos cuatro cuadros psicomotores principales, tal como lo describe Ajuriaguerra:

1) Síndrome de torpeza motriz, que está compuesto por tres indicadores:

a. Torpeza del movimiento voluntario: se caracteriza por la presencia de gestos burdos, pesados, trabados, marcha poco grácil. Cuando se le pide al niño la realización de una praxia precisa, éste se posiciona inadecuadamente, mostrando una actitud postural discordante.

b. Sincinesias tónicas y de imitación: son movimientos parásitos difusos y asociativos, de carácter involuntario. Implican grupos musculares que no están afectados por un determinado movimiento.

c. Paratonía: es el término utilizado para designar la imposibilidad o la dificultad extrema de relajarse voluntariamente. En la torpeza motriz también es posible observar una tendencia generalizada a la hipotonía muscular de base e hipertonia de acción. Se pone en cuestión el dominio del propio cuerpo y la atención no se dirige sólo al medio y a los objetos, sino que una parte recae sobre el propio cuerpo y el movimiento. A su vez, paratonía y sincinesias nos hablan de una marcada falta de libertad motriz. Es interesante señalar que en la torpeza motriz no está comprometido el nivel representacional del sujeto. Se puede estructurar un proyecto motor, aunque se lo lleve a cabo dificultosamente.



2) Inestabilidad psicomotriz. Fue Bérghès quien estableció sus síntomas principales: inatención, hiperactividad e impulsividad, al tiempo que los caracterizó según dos tipos: los llamados inestables, que presentan un estado de tensión, y los que presentan un estado opuesto. Los primeros son niños que tienen una paratonía, son tensos, dan la impresión de poseer algo que no descansa nunca, que está bajo presión. Por otra parte, hay niños inestables cuyo cuerpo no aparece como una envoltura, un límite; son niños pálidos y blancos, tienen tendencias a las lipotimias y durante el examen probablemente tendrán ganas de hacer "pipí". En lugar de una respiración bloqueada tienen una respiración muy rápida. Para ellos el cuerpo es una ausencia de límites, una ausencia de fronteras. Pero en ambos casos el movimiento continuo, la impulsividad, la atención fluctuante, nos muestran a un mismo tiempo el malestar y el intento por resolverlo. La inestabilidad en estos casos es la posibilidad de resolver el conflicto. En el primer caso (inestables que presentan estados de tensión), la inestabilidad les permite "salir" de un cuerpo vivido como coraza tónica. En el segundo, la inestabilidad les permite encontrar los límites de su cuerpo en los frecuentes y masivos contactos del cuerpo contra los otros y los objetos.⁹

3) Inhibición psicomotriz. Desde el punto de vista de la conducta es la contracara de la inestabilidad psicomotriz. Esta problemática, generalmente, no provoca alteraciones en el medio. Si el inestable no se adapta a los tiempos y espacios, en cambio, el inhibido, se sobreadapta. Si uno se caracteriza por la hiperkinesia, el otro por la hipokinesia. Si uno se hace notar, el otro pasa desapercibido. Si uno fija su cuerpo y falla en su atención, el otro se re-tiene en un control excesivo de su entorno. El inestable falla en la inhibición.

La perspectiva psicomotriz permite abordar la cuestión de la inhibición bajo dos aspectos. Por un lado, la "inhibición por hipercontrol y retención", que se caracteriza por la presencia, en cualquier actitud o movimiento, de un estado de tensión considerable: es este resabio tónico el que va a marcar clínicamente la paratonía de fondo y la paratonía de acción, tanto en el nivel de los miembros como en el eje del cuerpo. Por otro lado, la "inhibición por la suspensión de la iniciativa", que aparece en el desencadenamiento y no en el desenvolvimiento del gesto, donde se evidenciará

la inhibición. La paratonía está ausente, no hay estado tensional y es frecuente la hipotonía. Se evidencia, además, una perturbación inicial del acto, no de la acción.

4) Dispraxia. Según lo define J.C. Coste, es la desorganización en el movimiento y la inadaptación de los gestos al fin propuesto¹⁰. Precisando terminológicamente la descripción de esta perturbación, puede afirmarse que no es tanto una desorganización en el movimiento como una desorganización de la secuencia del movimiento, o sea, de la acción comprendida en las praxias. No se trata de una alteración en la cantidad o calidad del movimiento, sino en un desorden de la secuencia témporo-espacial, que constituye el esqueleto de una praxia, caracterizada por un plan, un proyecto motor y su ejecución ordenada.

Las dispraxias se caracterizan por la presencia de ciertas perturbaciones en la organización del esquema corporal y en la representación témporo-espacial. En el plano clínico, se trata de niños que son incapaces de llevar a término determinadas secuencias gestuales o que las realizan con extrema torpeza; pero se trata de un tipo de torpeza que no se vincula a una falla en la precisión, sino al desconocimiento o a la incapacidad de la organización de los micro-movimientos necesarios para la realización del acto. A diferencia de la torpeza -en sentido estricto, al sujeto dispráxico, por severos trastornos en sus posibilidades representacionales, le resulta casi imposible armar un proyecto motor.

Afortunadamente, las posibilidades de intervención terapéutica de la psicomotricidad no sólo se circunscriben a los cuadros y síntomas psicomotores mencionados, sino que también se ha demostrado su eficacia en:

- a) Cuadros secundarios a: lesiones neurológicas, alteraciones metabólicas o genéticas, entre otras.
- b) Cuadros secundarios a: desórdenes severos de la personalidad, autismo o psicosis.
- c) Trastornos del aprendizaje derivados de dificultades en la organización de la imagen del cuerpo y la estructura espacio-temporal.
- d) Ciertos trastornos del lenguaje ligados a dificultades tónicas y práxicas.
- e) Desórdenes psicosomáticos relativos a las alteraciones de la organización tónico-postural.

¿Qué hacen los psicomotricistas?

Como se afirmó anteriormente, los niños que vienen a la consulta son los que se mueven mucho, se mueven poco o se mueven mal, es decir, que no disponen de su cuerpo y es justamente allí donde el cuerpo del terapeuta entra en juego. Sin embargo, esta entrada no ocurre en forma simétrica, ya que contamos con un cuerpo del cual conocemos sus posibilidades y limitaciones, y esto nos permite ofrecerlo o alejarlo cada vez que lo consideramos pertinente. A lo largo de nuestra carrera, existe una carga horaria importante de formación teórica, pero además, lo que nos diferencia de otras disciplinas, es una importante carga horaria vinculada al trabajo corporal. De esta manera se incrementa el conocimiento de nuestro cuerpo, ese "cuerpo envoltura" que alude no sólo a su capacidad expresiva, sino que es mirado y entendido como lugar para recibir, desde la estructura tónico postural, la necesidad del otro. Así, en la sesión podemos reconocer tanto nuestros propios estados tónicos como los que vive el niño: escuchamos sus distensiones o crispaciones con el fin de recibir las, contenerlas y acompañarlas.

Esta elaborada experiencia corporal nos permite saber cuándo y de qué manera entrar en juego, hasta dónde estimular al niño corporalmente, cuándo y cómo detenerlo, cómo vehicular la agresión a través del juego; es decir, prestar nuestro esquema corporal y nuestras imágenes por medio del sostén de nuestra ética y marco teórico. Así como la mamá presta su aparato psíquico para que el niño pueda armar el suyo, el psicomotricista ofrece sus imágenes y esquema corporal para que el niño construya una corporalidad significativa, considerando que no es igual un niño capaz de fluctuar su tono de acuerdo a la acción a realizar que un niño monotónico, que no puede hacer uso de su cuerpo adecuadamente.

Le damos valor a la experiencia corporal porque, en la medida en que exista experiencia corporal significativa, habrá mayor riqueza de imágenes y, así, se enriquecerá el pensamiento, abriendo un camino hacia la subjetivación. Lo importante es que el niño acceda a vislumbrar que cuenta con nosotros para la resolución de su conflicto y a descubrir sus posibilidades como sujeto.

Mejor en grupo...

El abordaje que se realiza puede ser individual o grupal. Pero, ¿por qué sería conveniente la integración de un paciente a un grupo terapéutico? Para responder a este interrogante es necesario precisar qué se entiende por grupo. Las definiciones no son pocas. Mientras que un diccionario convencional de español define "Grupo: 1) Conjunto de cuerpos apilados o unidos. 2) Conjunto de objetos

más o menos análogos. 3) Corrillo de varias personas." ¹¹, E. Pichón Rivière explica que "un grupo es una estructura integrada por un número determinado de personas que interactúan en constantes de tiempo y espacio (...) que realiza una tarea que tiene aspectos explícitos e implícitos y que será su cohesionante a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles". ¹²

Pero para hablar realmente de grupo hay que partir de la base de que un sujeto se construye en relación con el otro, ya que es este otro el que dona su cuerpo, sus gestos, sus posturas, sus palabras. Es el diálogo establecido entre estos cuerpos el que va a permitir que un sujeto se construya en tanto tal. Siguiendo un concepto acuñado por el Dr. Bérghès, pensamos en un "cuerpo receptáculo", ya que sería una suerte de receptáculo de las miradas, las palabras, los gestos y las posturas que le brinda el otro para constituirse. En la medida en que esta relación se vaya inscribiendo en el eje del cuerpo, el sujeto se construye como tal.

Los niños que nos llegan a la consulta tienen siempre algún síntoma, cierto padecimiento construido en relación a otro y expresado en su realización motriz que, o bien aún está en proceso o bien se afianza cuando el niño comienza su escolaridad. Nuestro posicionamiento concreto en la terapia consiste en revalorizar el "poder hacer" sin olvidar o sin dejar atrás el síntoma mismo. De este modo, tomando en cuenta las descripciones anteriores es que podemos afirmar que un sujeto puede desarmar aquello que le dificulta su hacer para luego re-armarlo gracias a la relación que establece con el otro, no sólo con sus pares sino con los terapeutas. Sentirse parte de un grupo permite al sujeto desarrollarse, identificarse con el otro, ser receptor y dador de miradas, palabras, gestos, actitudes y posturas.

Experiencia en el dispositivo taller

Nuestro trabajo comenzó en la Unidad de Psicopatología y Salud Mental (área de niños de 0 a 5 años) del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires, con niños que tenían graves dificultades en el uso del lenguaje. Sólo uno de ellos emitía algunas palabras-frase, pero en general hablaban muy poco y se hacía muy difícil comprender lo que decían. El accionar en dos de ellos era avasallante: irrumpían el espacio con impulsividad y con gran desorganización corporal. En cambio, el tercero tenía una actitud pasiva, observadora, contenida. Los objetos que utilizaban servían como mediadores para descargar la impulsividad: los arrojaban, golpeaban y revoleaban; los hacían chocar sin medir las consecuencias. Cada uno por su lado armaba un "juego paralelo". El tiempo y el espacio compartido no eran suficientes para tener en cuenta al otro.

Es interesante recordar algunos pasajes de los informes redactados en esa oportunidad: "... Néstor saca todos los objetos de la bolsa, Joaquín toma los cilindros y comienza

a apilarlos, a hacerlos rodar, a esconderlos uno dentro de otro. Raúl está acostado en el piso y hace rodar la pelota con cascabel hacia delante y atrás. Néstor recorre la sala con el avión en su mano.”

Nuestra finalidad era acompañarlos en la construcción y registro de su cuerpo, jerarquizar las funciones motrices, posibilitar en estos niños el acceso a un esquema de juego. Entendemos que, en tanto hay interacción, en esa interacción se genera placer hay juego.

El psicomotricista promueve, genera y ofrece a los niños una serie de acciones a través de diversos objetos que les permite acceder a mayores complejidades en su accionar, entendiendo a la acción como toda intervención que posibilite un cambio de situación y que otorgue a los objetos un valor en sí mismos. Estas acciones, ya sean por parte del terapeuta o del niño propiamente dicho, tienen una capacidad de estructuración psíquica, es decir que el trabajo con el cuerpo y el encuentro con el otro nos permite construir la estructura de sostén, el armado de representaciones corporales; todas herramientas que conducen al camino de la simbolización.

En los niños que padecen una perturbación grave y generalizada en varias áreas de su desarrollo, en habilidades para la interacción social, para la comunicación, en quienes podemos observar también comportamientos, intereses y actividades estereotipados, es preciso que pueda abrirse un camino desde estas cuestiones primarias, a fin de lograr el acceso a la realización de acciones con contenido práxico. En el marco del taller de psicomotricidad nuestras intervenciones apuntan siempre a que el accionar de cada uno se dirija con el carácter de oferta atractiva hacia los otros, de modo tal de lograr una tarea común.

Según otro de los informes, “...ofrecimos autos para jugar, cada uno tomó uno y sobre el piso los hacían andar, el juego consistía en hacer rodar el auto sin soltarlo de la mano, hacia delante y atrás. Los tres realizaban lo mismo, pero lo hacían cada uno por su lado. Con una tiza, dibujo una pista por todo el consultorio e inmediatamente comienzan a recorrerla. Luego dibujo un taller mecánico para que traigan sus coches. Raúl recorría la pista y siempre cuando llegaba al mismo lugar pedía auxilio porque se le quemaba el motor. Juan jugaba con dos autos y los traía al taller. Néstor no recurrió nunca. Frente a las situaciones repetitivas de Raúl, la intervención era una respuesta distinta. Por ejemplo, se quemó el motor: lo cambiamos; llamamos a los bomberos; le presto mi auto...”

Conclusiones

El niño no vive en soledad sino que experimenta sus posibilidades y dificultades en el seno de un grupo, ya sea el familiar o el escolar. Es en este encuentro con el otro que el cuerpo cobra sentido. En este dispositivo se propone un campo que está implícito en la conformación del sujeto psicomotor. Lo grupal, en verdad, supone más que el grupo: no cristaliza una estructura sino que da cuenta de un proceso, de un desarrollo, de un espacio de producción de fenómenos, de configuraciones múltiples, de transformación. Transformar es utilizar los elementos existentes para ser otra cosa, para recomponer estos elementos de otra manera; “transformar” es formar más allá y cuando un niño es capaz de transformar actúa sobre el mundo.

Tal como explica B. Aucouturier “una acción es una transformación”.¹³ Pero, ¿cómo se logra esto?: cuando el niño encuentra en el mundo externo ese objeto-madre y un entorno que pueda ser transformable. En este sentido, la sociedad se presenta como una condición esencial para que un niño crezca con todo su potencial, pero no sólo en la primera etapa de su vida sino durante todo lo que vendrá, a lo largo de toda la historia del sujeto.

Unas palabras más extraídas de la experiencia concreta: “... miran la bolsa y sacan los bloques. Néstor comienza a armar una hilera con ellos, mientras Joaquín intenta destruir su construcción. Emilio arma otra hilera y dice ‘ten’. Raúl también arma su propio tren. Arrastran sus trenes por el piso, chocan, se desarman y Raúl comienza a golpear dos bloques, Joaquín lo sigue, luego se incluyen Néstor y Emilio. Se miran, golpean una y otra vez. Los cuatro están dispuestos casi en ronda, mirando hacia el centro. Interengo señalando a uno por vez para que realicen el sonido e incluyo el silencio acompañado por el sonido ‘shhhh’... Ellos toman el juego y lo repetimos varias veces.”

Lo particular del enfoque psicomotor respecto de la valoración (examen, balance y diagnóstico) y de la terapéutica de las perturbaciones psicomotrices es lograr centrar la mirada y la acción sobre las posibilidades específicas del sujeto y no sobre sus aspectos deficitarios. Por lo tanto, el fin de un tratamiento terapéutico en psicomotricidad reside en que el cuerpo del sujeto adquiera, en la realidad, la capacidad funcional que le es propia, acorde a sus posibilidades, acorde a sus deseos.

NOTAS

1 Julián de Ajuriaguerra; Manual de Psiquiatría Infantil, ed. Masson, Barcelona, 2000.

2 *Ibidem*.

3 Jean Bérghès, “El cuerpo de la neurología al psicoanálisis” en Revista de psicomotricidad y Educación Especial, Buenos Aires, 1988

4 Jean Bérghès, “Algunos temas de investigación en psicomotricidad” en Cuadernos de Terapia psicomotriz, N° 1, Buenos Aires, 1974.

5 Citados por el Dr. Cyrille Koupernik en El desarrollo psicomotor de la primera infancia, ed. Miracle, Barcelona, 1964.

6 Daniel Stern, La constelación maternal, ed. Paidós, Barcelona, 1997.

7 Julián de Ajuriaguerra, op. cit.

8 Jean Bérghès, “Algunos temas de investigación en psicomotricidad” en Cuadernos de Terapia psicomotriz, N° 1, Buenos Aires, 1974.

9 *Ibidem*.

10 Jean Claude Coste, La psicomotricidad, ed. Huemul, Buenos Aires, 1978.

11 Diccionario Enciclopédico Sopena, Buenos Aires, 2000.

12 Enrique Pichón Rivière, Epsicon – Escuela de Psicología Social del Norte, Clase N° 12 dictada el 1 de julio de 1986 por el docente Jaime Rozembom.

13 Bernard Aucouturier (y aa.vv.), La práctica psicomotriz, reeducación y terapia, ed. Científica Médica, Barcelona, 1985.



La formación de los residentes del GCBA



01 Dr. Eduardo Keegan
02 Dr. Juan Carlos Stagnaro

Desde Clepios consultamos a diferentes profesionales, teniendo en cuenta su rol como referentes en la formación de los residentes, sobre su opinión acerca de la formación de los residentes del GCBA.

En primer lugar, quisimos que nos contaran si conocían la existencia del Programa Docente de Salud Mental del GCBA así como sus contenidos y, en tal caso, qué observaciones podrían efectuar al respecto (aciertos, puntos débiles, falencias, etc.)

También quisimos saber si consideraban que la formación de los residentes es apropiada o, en caso contrario, qué sugerencias harían para alcanzar la “formación ideal”.

Finalmente, interrogamos respecto de sus percepciones acerca de la formación de pregrado y la articulación de ésta con las residencias.

01

La formación de pregrado de médicos y psicólogos tiene una serie de falencias. Las carreras de Medicina dan una formación exigua en Salud Mental; las de Psicología dan poca formación práctica, están muy centradas en lo privado y en lo asistencial desde una perspectiva psicoanalítica. La bibliografía suele ser antigua y hay poca información y formación sobre los problemas de salud mental contemporáneos. Sin embargo, médicos y psicólogos están habilitados para ejercer la psicoterapia de por vida sin exigencia de formación posterior.

En mi opinión, los residentes deben ser los líderes futuros en el desarrollo de la salud mental. La formación ideal sería aquella que los capacitara para realizar de modo altamente competente tareas de asistencia, de prevención y de investigación.

Sin embargo, en lo asistencial siguen recibiendo formación en tratamientos psicológicos que en el mundo desarrollado son considerados obsoletos. Una formación ideal incluiría el entrenamiento en tratamientos psicológicos eficaces para las patologías más prevalentes. En Gran Bretaña, por ejemplo, tanto los psicólogos clínicos como los psiquiatras deben aprender a hacer terapia cognitiva para depresión y para trastornos de ansiedad. Eso lleva a que la medicación psiquiátrica se utilice mucho menos que en Estados Unidos (comparen las guías de excelencia clínica del National Institute for Clinical Excellence con las de la American Psychiatric Association). En la Argentina se declama el psicologismo pero se medica mucho más que en Gran Bretaña.

Los residentes deberían tener mucha más supervisión. Esto impide que adquieran una destreza adecuada en un tiempo razonable, con las consecuencias resultantes para los pacientes. En particular, porque estos pacientes provienen de sectores sociales desfavorecidos, que son los que habitualmente necesitan la atención más experta.

Los supervisores muchas veces no tienen cargos dentro del

sistema y, por lo tanto, no reciben paga por realizar su tarea. Algo similar ocurre con los docentes de los cursos que son organizados por los jefes de residentes. Todos nos sentimos orgullosos de participar en la formación de los residentes, pero se necesita un sistema que no dependa tanto de la buena voluntad de los profesionales más formados.

Una formación ideal incluiría entrenamiento en varias modalidades de atención psicoterapéutica. La modalidad más frecuente es la de formato individual, a pesar de que las intervenciones grupales son más eficientes en la atención pública.

Los médicos psiquiatras son más demandados para medicar a un paciente que para realizar psicoterapia. Una formación ideal debería incluir entrenamiento adecuado en ambas cosas.

Los residentes tampoco reciben formación adecuada en investigación clínica. Más allá de las bellas palabras progresistas, lo cierto es que sin investigación local, los profesionales argentinos continuarán siendo consumidores de conocimiento generado en otros países. Las bibliotecas, hemerotecas y el acceso a bases de datos disponibles son insuficientes.

La rotación podría ser una excelente oportunidad para conocer centros de tratamiento de excelencia, pero los sueldos de la Argentina post-devaluación no alcanzan para subsistir en un país con mayor nivel de desarrollo económico. Debería implementarse algún subsidio para cubrir estos gastos.

Dada la alta competencia que existe por ingresar a las residencias en Salud Mental, los residentes son normalmente profesionales muy motivados, estudiosos y capaces. Sus sueldos no son tan bajos si se comparan con otros salarios del sector público, pero son insuficientes para pagar la formación de posgrado y los libros y revistas científicas que necesitan, en virtud de las limitaciones de formación y de infraestructura que hoy enfrentan.

Dr. Eduardo Keegan
Profesor Titular de Clínica Psicológica y
Psicoterapias, UBA
Director del Programa de Posgrado en
Terapia Cognitiva de la UBA.

02

I) ¿Conoce la existencia del Programa Docente de Salud Mental del GCBA así como sus contenidos? En tal caso ¿cuáles serían sus observaciones al respecto (aciertos, puntos débiles, falencias, etc.)?

Sí, lo conozco, lo he estudiado detalladamente y tuve ocasión, durante su elaboración, de arrimar algunas sugerencias a los responsables de la formación de los Residentes; aunque, a pesar de mi larga experiencia en el tema, no fui consultado oficialmente. A la luz de su implementación puedo decir que, en los papeles, se lo puede evaluar como un conjunto de proposiciones coherente y bastante completo. Si bien en sus contenidos teóricos, en particular, constituye un ensamble ecléctico que refleja la crisis paradigmática que atraviesa el campo de la Salud Mental, tiene la virtud de presentar a los jóvenes profesionales en formación una mirada abarcadora y dejarles la ocasión de elegir sus opciones teóricas con bastante libertad. Sin embargo, las dificultades de su implementación son evidentes y van más allá de la buena voluntad de sus responsables. Creo que ellas incluyen: a) una carencia de coordinación entre los estamentos de muchos Servicios y los niveles centrales de formación de recursos humanos. Los jefes de Servicio están, muchas veces, más presionados por cubrir las necesidades asistenciales que por priorizar la capacitación en servicio de los Residentes. Esta contradicción, que “tira la frazada” en dirección al trabajo asistencial, perjudica la formación de los jóvenes profesionales. El sistema se ha acostumbrado, ante la carencia de médicos de planta, a utilizar a los Residentes como mano de obra que sustituye a los cargos que deberían existir para cubrir la atención de los usuarios y los funcionarios de capacitación no tienen el poder institucional para imponer criterios diferentes, deben negociar casi todo para proteger la formación; b) en los últimos tiempos me parece que los jefes de Residentes llevan un peso excesivo en la formulación de las actividades curriculares y la comunicación con los responsables centrales de la capacitación es insuficiente; c) el número de actividades formativas centralizadas es escaso y errático y lejos de ir enriqueciéndose con nuevos seminarios y cursos se estancó en los de primer año, desfilándose el programa formativo a medida que se progresa en la Residencia; d) la coordinación pedagógica orgánica entre los docentes de los pocos cursos centralizados y los jefes de los Servicios y médicos de planta que deberían guiar las actividades prácticas es casi, por no decir completamente, nula y e) la evaluación de los resultados obtenidos se resiente en la medida en que no es vinculante con la progresión año a año en la Residencia.

II) ¿Considera que la formación de los residentes es apropiada? En caso contrario, cómo juzga que debería ser teniendo en cuenta la demanda asistencial que se presenta en las instituciones que forman profesionales, la realidad epidemiológica en materia de salud mental de nuestra sociedad, y los desarrollos teóricos y técnicos actuales en el tema, qué características debería tener (en cuanto a los cursos, el tipo de práctica asistencial, la capacitación en investigación, las diferentes rotaciones, la coordinación general de las residencias, etc.).

Creo que algunos de esos interrogantes quedaron despejados en mi respuesta anterior. Sin embargo, cabe agregar algo en relación al tema de la epidemiología. En efecto, me parecería

muy conducente orientar los esfuerzos de la formación a la casuística que se presenta entre nuestros consultantes, pero esto choca con dos problemas que conducen los contenidos en otra dirección: por un lado están los saberes de prestigio, muchas veces tributarios de un cierto colonialismo cultural y, también, los temas que introducen, directa o indirectamente, en la agenda formativa de los Residentes ciertos intereses externos a la Salud Pública como la industria farmacéutica y, por otro, el marco referencial de los docentes y las preocupaciones laborales que despierta en los Residentes la post residencia que despierta el interés por lo necesario de saber para la práctica privada y la ligada a los sistemas pre-pagos de salud. Es así que despertará más interés la psicofarmacología, las psicoterapias breves y el manejo de ciertas patologías prevalentes en los sectores de clase media, que el entrenamiento en Salud Mental comunitaria, en rehabilitación o en prevención. Temas como el alcoholismo, el retraso mental o la violencia familiar quedan marginalizados. Si el sistema de salud estatal absorbiera más profesionales se podría planificar una formación más acorde con lo que se hará en la práctica profesional a la salida de la Residencia.

III) ¿Cuál es su percepción acerca de la formación de pregrado y su articulación con las Residencias?

En mi condición de profesor titular de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires puedo emitir una opinión solamente en lo que respecta a la formación de los médicos. A pesar de que la Salud Mental es considerada materia básica y se dicta en cuatro momentos de la carrera (Salud Mental en 1er. año, Psicosemiología en el 3ero, Clínica Psiquiátrica en 5to., y el módulo de Salud Mental en el Internado Anual Rotatorio en 6to. Año) es un gran esfuerzo el que hay que hacer para jerarquizar su enseñanza en el contexto de un abrumador currículum de materias dictadas con una decidida orientación biomédica. Muchos alumnos terminan sus estudios, frecuentemente, con una ideología de trabajo organicista y no se manejan idóneamente en la relación médico-paciente y en la comprensión de los aspectos psicológicos de la práctica médica. El examen para el ingreso a las Residencias, refleja esto y no evalúa en absoluto (salvo unas escasas preguntas en un multiple-choice) conocimientos relativos a esos tópicos. Podríamos decir, entonces, que los médicos recién egresados están en desventaja cuando comienzan su Residencia y esto es fuente de frustración y confusión. Muchos se preguntan para qué les sirvió el enorme esfuerzo desplegado a lo largo de la carrera de medicina. No son raros los intentos de refugio en la “ciencia biológica” de los orígenes. Las reacciones defensivas al encontrarse con el misterio de la locura propia y ajena, y al sufrir la herida narcisista de culminar un arduo estudio universitario para encontrarse como “empezando de nuevo”, son bien conocidas.

Dr. Juan Carlos Stagnaro
Prof. Titular del Dpto. de Salud Mental de la
Facultad de Medicina, U.B.A.; Director del
curso centralizado de diagnóstico clínico
en Salud Mental para residentes de CABA.



Preguntando se llega a Roma....

Reportaje a **Verónica Roma**

Quisimos hacerlo, por curiosos y porque nunca está de más saber quien dirige nuestros destinos residenciales. Entonces, preguntamos. Y esto fue lo que hallamos al abrir la caja de Pandora.

Por Ivana Druetta
María Laura Ormando



Verónica Roma
Lic. en Psicología.
Co-coordinadora del Programa
de Residencias en Salud
Mental. Ex residente del
Hospital Argerich.

¿Cómo definirías tu función?

La coordinación de un programa de residencias tiene la particularidad de ser un articulador orientado hacia el tema de la gestión en formación. Esto quiere decir que intenta articular distintas instancias institucionales para apuntar a la formación de un adulto.

La residencia se diferencia claramente de las formaciones de postgrados y esto tiene que ver con que la formación se basa en un programa, el cual se aparta claramente de lo que es un plan.

Un plan es mucho más cerrado, abarca más cosas y tiene una currícula estricta con una linealidad entre los ítems considerados que hace que uno tenga que ir de una materia a otra con una idea de linealidad de conocimientos ascendente. En esa linealidad está el preconcepto de ir desde el desconocimiento hacia el conocimiento.

El programa de la residencia apunta a otra cosa. Parte de la idea de capitalizar los conocimientos previos, la experiencia previa y la que va surgiendo a lo largo del proceso, en un sistema mucho más circular que ascendente. Por eso cada una de las sedes puede decidir como va a armar el rompecabezas de los objetivos del programa.

Y como uno de los pilares del programa, quizás la apuesta más fuerte, es la capacitación en servicio, es imposible que esto sea ascendente, hasta por una cuestión ideológica.

Sin embargo los residentes de 4º se convierten en coordinadores o acompañantes de los residentes de años previos ¿no evidencia en cierta forma una capacitación en línea ascendente?

Me parece que eso no es una cuestión ascendente. Por eso se trata de que las rotaciones por dispositivos novedosos sean antes de 4º año. La experiencia del residente de 4º año es respecto del programa no respecto del conocimiento. Lo que tiene 4º año es el conocimiento del saber hacer, la experiencia de haber rotado por distintos espacios.

La idea es que el residente que llega a 4º año tenga esta idea, que el saber no es un conocimiento académico.

De un tratamiento preliminar de la capacitación en el Campo de la Salud Mental y de su relación con el programa



¿Qué somos?:
¡Tiburones!

¿Desde qué perspectiva teórica pensás el programa?

La perspectiva teórica es el rol del profesional de salud mental.

¿Hay algo que cambiarías del programa?

La verdad es que me parece que el programa está bueno. El otro día vino una ex residente que quería convalidar su título para ir a rotar a España y me acercó el programa que le homologarían, y la verdad que es igual al nuestro.

¿Cuál fue la última vez que se actualizó?

El programa actual es del 2003.

¿Y siguió los lineamientos de algún otro programa?

Yo no estuve en la cocina del programa. Creo que sería más interesante preguntárselo a quienes estuvieron. El fundamento es la Ley de Salud Mental la cual se basa en la Ley de Salud.

El punto de la capacitación en servicio me parece que es una cuestión clave para poder pensar el programa actual, más allá de los distintos dispositivos. Si uno no sostiene los lineamientos o pilares generales, a saber la capacitación en servicio, el sistema como una red y el respeto por la diversidad teórica, el resto de los objetivos puntuales es insostenible.

La capacitación en servicio es una posición respecto del saber.

En cuanto al sistema como red, antes era muy autogestivo. La idea es que si una sede en algo no tiene un buen dispositivo de formación hay en la red del sistema de salud mental otros lugares que sí pueden aportar dicha formación.

Al hablar de la problemática del campo de la salud mental nos referimos a una realidad o al menos de una coyuntura que marca la demanda. ¿Cómo se traduce en los lineamientos del programa esa realidad?

Yo no podría pensar esto si no tuviera una lógica dialéctica. Me parece que separar la realidad del programa es no respetar esta lógica dialéctica. Las leyes pueden tener dos formas de aparición: la realidad las hace necesarias o primero hay una forma de legislar y ésta va construyendo la realidad. Respecto a la Ley de Salud Mental lo que ha pasado es que esto no estaba tan claro. La realidad concreta y cotidiana hacía necesaria una ley pero esa realidad no llevaba per se a su constitución. Por eso surgen los vericuetos constantes del programa; muchas veces la realidad no responde al programa y otras veces éste intenta adaptar la realidad.

Estamos formando a los profesionales que en el futuro van a guiar el sistema de salud mental. La cuestión entre el presente y lo que aspiramos es como un ida y vuelta; son obstáculos serios pero esto no quiere decir que no se haya ido modificando. Yo les puedo contar de mi experiencia. Yo entro a la residencia del H. Argerich en el año 90, al segundo año de su apertura. Para entonces el programa de residencia no tenía esta forma. Era una época en que teníamos muy poquitos cargos y la residencia constituía la gran salida laboral del psicólogo (actualmente lo que está pasando es que tenemos muchos menos inscriptos psicólogos al examen de residencia, en la última selección de postulantes había como mucho 700). Con una residencia nueva los mismos residentes fuimos armando nuestra capacitación. No había curso centralizado; había poco diálogo entre residencias, las cuales además eran pocas.

Pero debe existir algún sustento teórico. Uno ve que actualmente hay una línea de trabajo diferente, que se manifiesta con las rotaciones de rehabilitación y APS, que al menos hasta hace 4 años no estaba tan clara.

Insisto, la cuestión no es teórica. Si sostenemos que el programa implica la formación de un profesional, la perspectiva que va tomando es el rol del profesional que queremos formar. Y esta formación tiene que ver, no con cosas que a nosotros se nos ocurren sino con el sistema de salud mental, con las leyes. Buscamos formar un profesional que pueda desempeñarse en lo que es la complejidad del campo de la salud mental.

¿Qué pensás acerca de que el sistema de formación no contemple un seguro de mala praxis para los residentes?

Ningún profesional tiene seguro de mala praxis institucional. El seguro de mala praxis es un efecto de la industria del juicio, no de nuestro trabajo cotidiano. Cada uno decide que papel juega en ese mercado, así como en la industria farmacológica, la industria del saber, la industria que sea. No debería ser inherente a nuestra práctica estar cuidándose de la posibilidad de que te hagan un juicio porque en realidad tiene que ver con nuestro juramento hacer lo éticamente responsable. Si la cultura del juicio es la realidad cada uno evaluará su inserción en esa realidad. La práctica clínica no tiene su inclusión en lo jurídico.

En el área de psicología hay una marcada tendencia psicoanalítica en relación a la clínica, sin embargo cuando uno ve el programa o charla con vos parece que de lo que se trata es de abrir un poco el juego, aunque la tendencia psicoanalítica persiste.

Pero ahí vos volvéis a volcar lo de la teoría.

10- Te lo pregunto desde tu vivencia

Lo complejo del campo de la salud mental implica distintos aspectos. Uno de ellos es que tenemos que tratar de abordar el objeto de conocimiento desde la interdisciplina. El psicoanálisis es una forma de leer ese objeto de conocimiento. Hay otras. El programa no dice cual es la forma de leerlo, sino más bien a lo que apunta es a construir la problemática del campo de la salud mental. Inevitablemente, y esto lo sostenemos desde una postura ideológica, el acceso de la gente al programa de salud mental está signado por la universidad pública; la universidad pública está signada por el psicoanálisis y es obvio que ésta va a ser la lectura prevalente.

Sin embargo lo que nosotros queremos es formar un profesional que pueda enfrentarse a las problemáticas del campo de la salud mental desde la lectura que sea y no la formación de un profesional con una posición teórica particular. En este punto te aclaro que yo estoy formada en el psicoanálisis, pero me parece que hay distintos interlocutores y esto no quiere decir que no se pueda dialogar entre estas distintas lecturas. Cada uno sostendrá la posición que éticamente le parece. Sí es verdad que el sesgo de la Ley de Salud Mental es lo que marca al programa. Y dicho sesgo se hace evidente en el hecho de que desde hace un tiempo se están tratando de incluir espacios a los que hasta el momento no se les daba lugar.

¿Quiénes eran sus supervisores, a quiénes llamaban para los cursos?

Cada uno aportaba su transferencia. Nuestra camada tuvo como marca fuerte a Mario Pujó, que fue supervisor nuestro. En el interin surgió "Psicoanálisis y Hospital" y nosotros estuvimos en el germen.

Hubo cuatro o cinco personas que resistieron bastante tiempo: Néstor Rossemberg, Alicia Lowenstein. Respecto de la capacitación de los médicos lo que pasó es que de alguna manera fue fagocitada por el discurso de los psicólogos. En algún momento empezó a ponerse en cuestión el tema de la especificidad y la interdisciplina.

Tanto médicos como psicólogos nos formamos juntos en cuestiones específicas de psiquiatría como en cuestiones específicas de lo anímico, lo emocional. Si mi residencia no hubiese sido un trabajo compartido entre psicólogos y psiquiatras no sé si podría estar sosteniendo esta función; creo que me iría más para el lado de lo psicológico.

Y quisiera agregar algo. Cuando yo termino la residencia surge un concurso para trabajar en un centro de salud comunitaria (CeSaC) como psicólogo de planta. Yo había hecho la rotación en un centro de salud (había rotaciones, pero no estaban centralizadas y no existía la evaluación de cómo un dispositivo de asistencia podía transformarse en un dispositivo de formación; nosotros íbamos y después veíamos qué hacíamos). Cuando llegué al CeSaC me dije "qué hago yo acá; yo vengo de la clínica".

La demanda a un profesional de la salud mental es bastísima y muchas veces el estar encerrados en algunas posiciones no nos permite pensar en las herramientas con las que contamos para poder responder a esos pedidos. Lo que la residencia me enseñó es a tratar de pensar que es lo que yo hago en cada lugar.

Para eso el psicoanálisis, que para mí es la posición ética posible de ser sostenible, me sirvió para ubicarme, poder hacer una lectura y pensar cuál puede ser mi intervención.

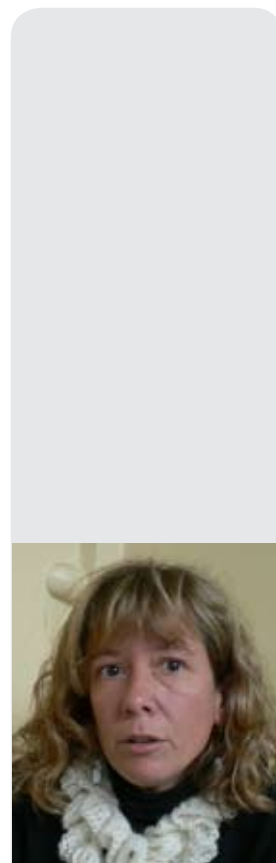
Trabajar en APS me abrió la cabeza respecto del campo de la salud mental y empecé a pensar que puedo intentar como profesional de salud mental, no como analista, tener alguna intervención en algún lugar que no es sólo el campo específico de la clínica, el consultorio.

Insistimos respecto de las rotaciones por APS y por Rehabilitación ya que son bastante resistidas. El residente las siente como algo que no le va a servir para nada, frustrante. ¿A qué atribuis esta resistencia?

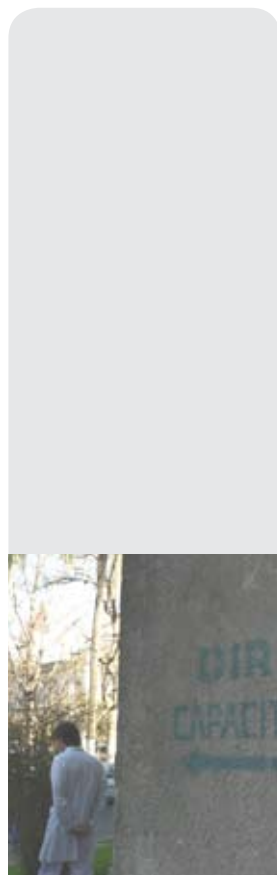
Históricamente ese espacio estuvo peyorizado; incluso desde lo académico y aún mismo desde momentos previos de pensar la atención primaria. Mucho antes del peso que empieza a tener la atención primaria, sobre todo a partir de la gestión de Ibarra, era un lugar relegado, separado; muchos de los profesionales que iban lo hacían como castigo. Todo eso marca algo.

Junto con una compañera psiquiatra intentamos llevar la concurrencia al CeSaC 9, donde trabajábamos, y plantear un ida y vuelta de lo que estábamos haciendo y poder transmitírselo a otros. Y en el centro de salud nos miraban como diciendo "¿rotación? ¿concurrencia? ¿formación?". La formación de la gente que trabajaba en atención primaria era algo aparte, dependía de tu interés, pero no formaba parte de tu trabajo. Yo no puedo trabajar si no tengo algún momento para pensar qué estoy haciendo. En ese sentido, en la realidad cotidiana estaba muy desvalorizado el trabajo en atención primaria y también desde la facultad, pero no sólo en la de psicología sino también en la de medicina. La hiperespecialización es una posición ideológica. Obviamente que es un camino en el que el trabajo en atención primaria no es compatible. Cuando en realidad si vos lo pensás desde otra posición ideológica es mucho más complejo el campo de la salud mental que el extremo de la hiperespecialización.

Existe cierta dificultad de inserción para los residentes psiquiatras en el ámbito de APS que va



¡A rotar, mi vida!



Homogeneizar
nunca,
rendirse jamás

más allá de una cuestión de interés, dificultad en entender su rol. ¿Cómo pensás vos la rotación de un psiquiatra en APS?

Depende de lo que vos pienses qué es el rol del psiquiatra. Lo que vos decís es verdad. En un momento un residente de psiquiatría me dijo “yo no voy a ir a un centro de salud comunitaria porque yo soy especialista”. A lo que yo le contesté que en los centros de salud hay otros especialistas. Hay una idea de lo que es la especialización de la psiquiatría que me parece que no contempla como parte de su campo de inserción, absolutamente fundamental, la psiquiatría comunitaria. Ésta no está alejada de todos los conocimientos a los que un psiquiatra accede y debe acceder para su función, como la de los psicólogos. Por ejemplo, los conocimientos que un profesional tiene de la psicosis tienen amplia inserción en el ámbito de la atención primaria, lo mismo que todos los conocimientos especializados a los que llega un psiquiatra. Me parece que los psiquiatras que sostienen esta posición de la hiperespecialización no contemplan el ámbito de inserción de un sujeto, que es la comunidad y que su intervención afecta necesariamente esa comunidad en la que está incluido su paciente. También hay un problema que tiene que ver con algunos lugares por donde se realizan las rotaciones y es que piensan a los residentes como mano de obra, como fuerza laboral. Este es uno de mis objetivos más importantes.

Pero a diferencia de otras especialidades médicas en las cuales se ve que la inserción en APS depende más bien del interés particular de cada residente, los profesionales psiquiatras no tienen en claro qué pueden aportar a la psiquiatría comunitaria.

Es que está bien lo que pasa, que no sea claro el trabajo que uno tiene que hacer en APS. A mí me pasaba lo mismo. “Si yo trabajo con la angustia ¿por qué tengo que ir a la casa de un señor que ni sé si alguna vez se angustió?”

Me parece que lo que se le pierde al psiquiatra en ese punto, es que es un profesional de salud mental, que tiene un saber sobre determinados funcionamientos que le permitiría intervenir. Pero esto termina pareciendo una pancarta de APS y esa no es mi intención.

Justamente el tema de APS y Rehabilitación es álgido en todas las residencias.

A mí me parece álgido que en el Borda cada uno de los psiquiatras esté atendiendo en consultorios externos 40 – 50 pacientes.

El tema es complejo, y más complejo es que los dispositivos de asistencia de los distintos lugares puedan funcionar además como buenos dispositivos de formación. Por otro lado las herramientas con las que venimos académicamente son herramientas que pueden cuestionarse un poco con este trabajo. Eso no quiere decir que no sea importante que alguien se hiperespecialice.

¿Qué pasa con los dispositivos grupales? ¿Las herramientas con las que venimos nos sirven para encarar eso?

No tenemos tantas herramientas en lo grupal. Me parece que está bueno que vaya surgiendo la idea de cómo pensar eso. Pero cuidado, porque uno de los mayores problemas que se tiene tanto en APS como en rehabilitación es pensar que necesariamente la herramienta de trabajo es grupal. Puede ser o no. Y esto es imprescindible. Generalmente nuestros compañeros de trabajo nos demandan que la forma en la que trabajemos sea grupal. Nuestra función es considerar cuando sí y cuando no. Lo grupal es una herramienta más, así como lo es la medicación o lo individual.

¿Y qué lugar tiene la investigación en nuestra formación?

A mi modo de ver creo que el lugar donde estamos tambaleando es respecto de la investigación. Creo que es un punto que tenemos que reforzar.

Débora Yanco, la otra coordinadora, que tiene formación en investigación tiene como objetivo introducir este punto en la formación del residente.

Entonces ¿habría una tendencia a homogeneizar la formación entre las distintas sedes?

No, de ninguna manera. Cuando el programa habla de red es justamente eso: hay distintas sedes que tienen su fuerte en algún espacio por sobre otro.

Si nosotros queremos sostener el respeto por la diversidad teórica obviamente que también está el respeto por la diversidad disciplinaria, de herramientas, la diversidad de cada sede en particular.

Si el objetivo es ubicar la complejidad del campo de la salud mental se trata justamente de sostenerla, no de achicarla y homogeneizarla.

O sea que un residente, independientemente de la sede en la que haya adjudicado podría elegir dónde realizar la rotación de cada uno de los dispositivos.

Se contemplaría respecto de una excepción; pero el residente ya eligió cuando adjudicó.

Por eso la propuesta para el año que viene es que las presentaciones de las sedes sean de otra manera. Cada sede tiene sus marcas particulares en su visión del campo de la problemática de la salud mental. Hay ahí una elección que no debería basarse en si el hospital me queda cerca de mi casa o no. Para poder hacer lo que vos planteas está pensada la rotación libre.

Igualmente te puedo asegurar que en ese dispositivo del que más te quejás fue el mejor lugar por donde rotaste; ahí es donde más aprendiste pero no porque otros te enseñaron sino porque fue tu producción.

¿Cómo evalúan los objetivos que planifican?

La idea es empezar de a poquito a implementar mucho más la evaluación del programa. Respecto de cada una de las sedes se trataría de evaluar si aporta al residente los lineamientos generales. Desde el punto de vista operativo se va evaluando con los jefes de residentes y la idea es empezar a trabajarlo mucho más con los coordinadores de programa.

¿Pensás que actualmente un residente al finalizar su rotación cumple con los objetivos que plantea el programa?

Depende de las sedes. Esta diferencia que marco tiene que ver con la particularidad de las sedes en relación al rol del profesional. Sí creo que los profesionales de salud mental que han pasado por una residencia imprimen a su trabajo una marca particular respecto al resto de los profesionales. Y esto es absolutamente valorizado.

¿Qué pasa si un residente o un jefe no cumple con los objetivos?

Queremos hacer hincapié en eso para valorizar a los que sí cumplen. Es volver a darle peso a las evaluaciones. Supuestamente quien no los cumple no promociona. Pero sucede que para esto debemos tener herramientas de evaluación que justifiquen que no cumplió. Lo que está pasando es que estas herramientas no se utilizan o no existen.

Si esto funcionara yo creo que nunca llegaríamos a la instancia de que alguien no promocione.

Hace 2 años se abrieron dos sedes, en el Hospital Rivadavia y en el Hospital Durand. ¿El proyecto de acreditación de nuevas sedes va a continuar?

Los movimientos de recursos humanos del gobierno de la ciudad tienen que ver con la reglamentación de la Ley. Respecto de la acreditación de sedes, hay un programa específico que se está implementando desde la dirección de capacitación. A su vez para poder pensar en la apertura de nuevas sedes tenemos que ver qué sedes tienen determinadas características o podrían llevar cabo la capacitación del residente. La idea es reorganizar todos los cargos que hemos recibido para poder abrir nuevas sedes. Esto implica pensar si hay profesionales de planta capacitados, si hay lugar para los residentes, si hay gente dispuesta.

¿Qué evaluación parcial se puede hacer de las nuevas sedes?

La evaluación está en curso. Abrir una residencia no es sólo una situación nueva para el servicio y para los profesionales de planta, también lo es para quienes van a ser jefes en esos lugares y aún para los residentes que ingresan.

Surgen dificultades como en todos lados. Están las dificultades de lo instituido y hay dificultades en relación a instituir. La idea es trabajar en equipo para poder sortear esas dificultades, no obviarlas.

La dura tarea de evaluar tantas cosas que faltan...



LOS CINCO LIBROS
QUE MÁS
ME MARCARON

Cuando fui invitado por la Revista Clepios a escribir esta columna, sobre "Los cinco libros que más me marcaron", pensé inmediatamente qué difícil sería la elección ya que no hubo texto alguno que no dejara algún tipo de huella en mi persona. Pues estoy convencido de que siempre dejan marcas las líneas que leemos o escribimos.

Pero con la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos intentaré buscar en mi memoria aquellos cinco libros.

La lectura del libro "El arte de amar" de Erich Fromm me ha demostrado que el amor no es simplemente un sentimiento ni una sensación placentera ni algo con lo que nos tropezamos si tenemos suerte, requiere de la experiencia e implica siempre un esfuerzo. Fromm concibe el amor como una actitud, un arte que requiere de un aprendizaje, que se presenta de modos diferentes dependiendo de la clase de objeto que se ama: amor fraternal, amor materno, amor erótico, amor a sí mismo, amor a Dios. "El Yo y su Cerebro" de Kart R. Popper y John C. Eccles pretenden resolver el problema de la relación entre el cuerpo y el alma. A pesar de las diferencias existentes entre los autores, relativas a las creencias religiosas (mientras Eccles cree en Dios, Popper podría calificarse de agnóstico) y a las disciplinas que manejan (uno neurofisiólogo, Eccles, el otro filósofo, Popper), lograron escribir un libro que es un ejemplo de cooperación interdisciplinaria cuya tesis central está relacionada con el interaccionismo psicofísico.

El libro de Irvin D. Yalom, "El día que Nietzsche lloró", es una

Prof. Dr. Gerardo Fasolino
Director de la Carrera de Médico
Especialista en Psiquiatría de la USAL

novela imaginativa, pero creíble, sobre una relación entre Nietzsche y Breuer. Si bien éstos no se conocieron, las circunstancias de sus vidas se basan en hechos reales por lo que resulta atractivo el repaso histórico - biográfico.

En "La Sabiduría antigua", Giovanni Reale pretende señalar que los males que sufre el hombre de hoy tienen su origen en el Nihilismo descrito por Nietzsche. El autor afirma que el filósofo alemán puede ser considerado un profeta, pues había previsto que el Nihilismo sería el rasgo dominante del siglo XX en adelante. Para ayudar al hombre contemporáneo propone retornar a las raíces de nuestra cultura. Comparto junto a Reale que la recuperación de los ideales y los valores supremos harán que la humanidad pueda celebrar la victoria sobre el Nihilismo.

Víctor E. Frankl, psiquiatra y escritor vienés, en su obra: "El hombre en busca de sentido" hace un relato autobiográfico de su experiencia como prisionero en Auschwitz y una breve exposición de los principios básicos de la logoterapia. A diferencia de otros existencialistas, Frankl no es pesimista pues señala que la vida siempre es digna de ser vivida y para ello enseña a desarrollar la capacidad humana que permite superar las dificultades más allá de su aparente destino.



María Bernarda Pérez

Psicoanalista. Jefa a cargo del Hospital de Día e integrante del Equipo de Adultos del Hospital Ameghino C.S.M.Nº 3.

Freud recomienda ser cauto con lo que no se conoce, pero no dejar de decir lo que se sospecha. Con relación a lo que me marcó yo sólo puedo decir lo que sospecho.

Aprendí a leer con la revista el Pato Donald. Ya en la escuela seguí leyendo historietas, hoy llamadas comics. Con cierta naturalidad pasé a leer novelas policiales, que aún leo. También leía mucho teatro y es así que al terminar tercer año una profesora de matemáticas me regaló la colección Losada de teatro de tapa dura: Sartre, Camus, Cocteau... y Sófocles. Eurípides...

Lógicamente empecé a estudiar teatro: primero en la Universidad de Buenos Aires, en I.T.U.B.A, y, por el cambio, luego de un golpe militar, con quien considero mi maestro: Carlos Gandolfo.

Cuando trabajábamos el gesto teatral, Gandolfo nos pidió que leyéramos "El Moisés de Miguel Ángel", primer texto de Freud que leí. Creo que fue un buen encuentro, dado que después de poder comprarme los tres tomos de Biblioteca Nueva, el primero lo había pedido prestado, seguí leyendo los textos de Freud que tuvieran que ver con el arte.

A esta altura ya había comenzado a trabajar en el Servicio Social de la Colonia Cabred y empecé a escuchar que lo que leía de Freud "no tenía nada que ver con la clínica", escritos sociales o psicoanálisis aplicado.

Cuando preguntamos a Gandolfo quién de nuestro grupo iba a ser actor o actriz su respuesta fue que leyéramos "El arte de los Arqueros Japoneses o Zen en el arte del tiro con arco", de Eugen Herrigel.

Por un concurso ingresé en el Ameghino para hacer Expresión Corporal en el Hospital de Día que se iba a inaugurar.

Como hacíamos algunos cursos en la escuela de Pichon Riviere, al preguntarle a éste en la escalera de un bar, qué podía leer para mi trabajo en expresión corporal, además de muchos consejos me recomendó leer: "El Percepto del Cuerpo" de Paul Schilder.

Además de seguir leyendo teatro, como trabajo de estudio, iba todos los días al teatro y gracias al Di Tella encontré: "El desatino", de Griselda Gambaro.

Hace algún tiempo cuando empecé a estudiar con Sara Glasman pude entender que la lógica y la rigurosidad con que trabaja Freud esos textos llamados de psicoanálisis aplicado o sociales, sí tienen que ver con la clínica y, como él mismo lo dice, el psicoanálisis también está hecho con: arte, historia de la literatura, de las religiones, filosofía...

Lo que sí puedo decir es del placer de leer, como un viaje a la manera de La Luz de la noche de Pietro Citati y de algo por el estilo.



COMENTARIO
DE EVENTOS

Lic. María Isabel D'Andrea, Lic. Erica Fernández,
Dr. Aldo Sebastián Báez, Dra. Evelyn Elías,
Dra. Mirna Susana Corach, Lic. Eliana D'Amore

Comentario 3º Encuentro Nacional de Residentes y Profesionales en Formación en Salud Mental

Los días 19 y 20 de agosto de 2006 se desarrolló el "3º Encuentro Nacional de Profesionales en Formación en Salud Mental", en la ciudad de Paraná (Entre Ríos).

Se contó con la asistencia de representantes de diversas regiones del país: Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Mendoza, Entre Ríos, Santa Fe, Tucumán y Misiones. Se inauguró el día sábado con la presentación de las distintas regiones y la exposición de lo trabajado a lo largo del año, luego de la conformación de las mismas en el anterior Encuentro Nacional. Por la tarde se procedió a dividir en grupos integrados por profesionales de diferentes puntos del país para trabajar los diversos aspectos del estatuto, el cual fue votado punto por punto en la Asamblea del día domingo.

Finalmente se constituyó la Federación de Profesionales en Formación en Salud Mental, la cual se encuentra conformada por las diversas Asociaciones Regionales de todo el país. Capítulo aparte fue la organización por parte de la Región Litoral, que nos permitieron estar cómodamente instalados y vivir dos jornadas agradables. El asado del sábado y la fiesta del domingo (eventos no menos importantes) fueron el broche de oro para el clima ameno que estableció en los profesionales que nos convocamos en esta oportunidad.

Por último, se decidió la sede del "4º Encuentro Nacional de Profesionales en Formación en Salud Mental"; el cual se realizará en nuestra ciudad de Posadas (Misiones) en octubre de 2007.

La R.I.Sa.M. de esta ciudad los invita el año que viene a vivir un nuevo encuentro entre los distintos Centros Formadores en el marco de la tierra colorada y de los atractivos que tiene esta provincia.

A quienes dirigen la Revista Clepios De mi mayor consideración:

La presente es con solicitud de publicación en el próximo número de la Revista, ya que formula aclaraciones consideradas por mí -y seguramente por Ustedes - como imprescindibles.

He leído el número 39 de la Revista que, como siempre, proporciona material valioso.

En la misma, el Dr. Néstor Marchant ha publicado un artículo titulado "Desmanicomialización" que tiene 58 líneas.

No conozco personalmente a dicho colega, y sí conozco su obra, que es por donde hablan los hombres. Por ejemplo, el Hospital Moyano, tan lejano a mi sensibilidad y mis convicciones como, probablemente lo está para el Dr. Marchant el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis.

En su nota el Dr. Marchant copia textualmente 15 renglones de mi escrito. Hasta en sus giros verbales. Y no se trata de cuestiones secundarias sino de mi crítica esencial al concepto de desinstitucionalización, y a la estrategia que mi tarea persigue, tan diferente de la que realiza el Dr. Marchant.

Como simples pruebas mostraré algunos plagios usados en la misma revista (a sólo una página de distancia):

"No conozco sociedad alguna en el mundo, por retrógrada o revolucionaria que sea, que pueda organizarse sin instituciones; por lo tanto esta denominación hace referencia a un objeto de imposible concreción. En tal caso deberíamos abrir una discusión sobre qué tipo de instituciones debemos construir para servir realmente a la sociedad" En mi artículo yo escribo la palabra "pueblo" en lugar de "sociedad". Seguramente la primera no lo representa a mi plagiador. El resto de la redacción es textualmente transcripto por el Dr. Marchant.

"Resulta claro que son indispensables cambios que posibiliten salud, educación, trabajo y libertad; esto hará posible la Salud Pública que necesitamos" dice el Dr. Marchant.

"Resulta claro que hoy son indispensables cambios revolucionarios que posibiliten Salud, Educación, Trabajo, Libertad, y que esa Argentina futura hará más posible la Salud Pública que necesitamos". El Dr. Marchant excluyó de su copia las palabras "Argentina futura", y "revolucionarios", seguramente porque su sensibilidad no debe tolerarlas.

"El eje debe estar centrado en lo que es la transformación de la institución hospitalaria", nos dice el Dr. Marchant, sorprendente si se observa la absoluta falta de transformación existente en la institución que él dirige desde hace décadas.

"En San Luis trazamos el eje de la transformación institucional" afirmo dos páginas después que el referido colega. "por un hospital digno, eficaz, eficiente, actualizado científicamente, respetuoso no sólo de los pacientes y familiares sino también de los que trabajamos en él" transcribe Marchant.

Esta es la consigna publicada en cuanto trabajo ha visto la luz, por parte de nuestro Hospital. Pero: ¿qué tiene que ver la misma con la realidad de estos

últimos veinte años del Hospital dirigido por Marchant?

Para no tardar mucho en la redacción el Dr. Marchant ha transcritto palabra por palabra, y el orden de cada una, en el escrito que firma.

Donde su maniobra se delata, es que no ha hablado de las instituciones manicomiales, como yo lo hago (aquí decidió omitir copiarme) Más bien afirma la inexistencia de manicomios en Buenos Aires. ¿Qué es lo que quiere transformar, entonces?

Dado que mi nota para Clepios tuvo abundante difusión previa por distintos medios, su conocimiento por el Dr. Marchant, es más que probable.

Al lado de Marchant, la Lic. Elida E. Fernández, ligada al Hospital Borda y otros nosocomios capitalinos, formula apreciaciones sobre nuestra tarea en San Luis: "¿Por qué son tan pocos los que denuncian que la experiencia de San Luis tuvo y tiene enormes fallas sólo subsanadas por la solidaridad -que puede ocurrir o no - de vecinos y amigos que evitan que los locos salidos del manicomio se transformen simplemente en linyeras ambulatorios?"

¿Por qué son tan pocos los que se animan, desde su conocimiento de lo que ocurre en esa provincia, a denunciar el lado no exitoso de la experiencia?"

Desconozco a la denunciante, quien nunca estuvo en este Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis.

Dado que sus "denuncias" toman estado público en Clepios, es que quiero, por el mismo medio formularle algunas preguntas antes de contestarle:

- ¿De qué conocimiento directo y propio extrae sus conclusiones?

- ¿Cuáles, cuántos, dónde están, esos potenciales linyeras, y qué diagnósticos psiquiátricos tenían al momento de su internación?

- Después de trece años de Proceso de Transformación Institucional: ¿qué magnitud, continuidad, importancia, tiene en números concretos, lo que Elida Fernández "denuncia"?

Tengo claro que la autora, en su nota de Clepios, defiende la continuidad del manicomio desacreditando todo otro tipo de institución que no sea el custodial. Pero eso no la habilita para hacer falsas denuncias (parecidas a conocidas difamaciones).

Y yo digo, Lic. Fernández, ¿por qué serán tan pocos los denunciantes después de trece años? (Salvo Usted, naturalmente) Espero, y vuelvo a solicitar, que Ustedes publiquen en el próximo número estas imprescindibles aclaraciones que me afectan directamente.

Afectuosamente

Dr. Jorge Luis Pellegrini

N de R: la sección Cadáver Exquisito consiste en solicitarle a distintos profesionales una opinión escrita sobre determinados tópicos.

En el número anterior el eje central de dicha sección fue la desmanicomialización. Clepios recibió los textos de los diferentes autores y el material fue publicado sin mediar modificación alguna.

Al Comité de Redacción,

En el número 39 de Clepios, la Lic. Elida E. Fernández publicó una columna de opinión bajo el título "Desmanicomialización". Me dolió y me alarmó que una colega que ha demostrado a lo largo de muchos años una acendrada vocación por el trabajo en el hospital público y por la tarea de transmisión de su experiencia a las jóvenes generaciones, pudiera expresar críticas de manera tan contundente, y sin apoyar sus graves acusaciones en argumentos explícitos, hacia ciertas experiencias asistenciales en curso en nuestro país. Me refiero, muy en particular, al plan de Salud Mental que se está desarrollando desde hace más de una década en la provincia de San Luis. A mediados del 2004, enterado de la experiencia que se estaba realizando en esa provincia le expresé al Dr. Jorge Pellegrini, gestor y director de dicho plan, a quien conocí poco tiempo antes a raíz de sus tareas como creador de la formidable red nacional de Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA) y en el marco de actividades societarias que compartimos en APSA, mi interés por conocer la labor de su equipo. Aceptada mi propuesta viajé a San Luis. Arribé al Hospital Escuela de Salud Mental temprano en la mañana. Pellegrini me esperaba en su despacho (una de las antiguas celdas o salas de contención del viejo hospital psiquiátrico reciclada como oficina de Dirección). Supuse que me habían preparado una visita guiada, pero no fue así; me presentó a una señora mayor, enfermera de la época de la institución manicomial, y me invitó a organizar mi itinerario, acompañado por ella, en completa libertad. Elegí comenzar por la Administración, solicité ver los registros de compras y licitaciones. Me dieron la clave de acceso a toda la información y me dejaron frente a una computadora para que revisara ese y cualquier otro dato que quisiera. Luego pedí ir a la farmacia, la encontré provista de todos los medicamentos actualmente en uso en la especialidad y su Jefe, el Dr. Enrique Capella, me explicó el método de registro y entrega de medicamentos a los pacientes externos entre otras informaciones; siguieron la cocina, el lavadero, el Servicio de Creatividad dirigido por la Lic. Nuris Quinteros -pilar central de la concepción terapéutica de la experiencia de San Luis- y por fin los Servicios Asistenciales (Consultorios Externos, Infanto-juvenil, Talleres de Rehabilitación, Internación, Alcoholismo-GIA). Entrevisté a la Dra. Estela Moltoni, a los Lic. José Luis Guzmán y Graciela Bustos y a varias enfermeras. Me informé sobre el trabajo en la comunidad y la reinserción de pacientes en sus familias y en el seno de familias sustitutas. Mi examen crítico de todas esas instancias me puso ante la evidencia de una institución transparente y eficaz en su gestión y efectiva en su asistencia. No comprobé que para liquidar el manicomio se hubiera "arrasado" el hospital, como teme Fernández. Encontré, por el contrario, una institución sanitaria, moderna, con actividades de docencia e investigación, abierta al pueblo y con un

personal calificado que contagia entusiasmo por su tarea. No me lo contaron: lo escuché de sus bocas en la Asamblea a la que asistí al mediodía. La impresión que produce el hospital es "extraña" ya que no se observan más que salas con sillas y mesas: las camas -11 en total, repartidas en 5 para hombres, 5 para mujeres y 1 para atención en crisis- se encuentran solamente en dos recintos, bien acondicionados y poco poblados ya que el promedio de internación es de 4 días. La experiencia de San Luis se basó en el concepto de "hospital en la calle" (ver artículo de J. Pellegrini Crisis social, Derechos Humanos y Hospital Público en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 2004, vol. XV; 56) y tuvo como eje primordial la expresión, en la clínica y la terapéutica, de los derechos humanos de los pacientes mentales y de los trabajadores de la salud (recomiendo leer, en contrapunto con el artículo que comento aquí, el de Pellegrini, también publicado en el número 39 de Clepios). En el 2005 y el 2006 repetí mis visitas a San Luis para seguir observando la experiencia y participar en reuniones científicas y tareas docentes. No creo equivocarme ni caer en idealizaciones, seguramente hay muchas cosas a perfeccionar y mejorar en San Luis, pero debo decir, enfáticamente, que no tengo noticias de "locos salidos del manicomio" transformados en "linyeras ambulatorios", socorridos solamente por "vecinos y amigos", como dice nuestra autora. No lo he leído en la prensa nacional, ni en las revistas de la especialidad, no lo he escuchado en los congresos de Salud Mental celebrados en nuestro país en los últimos años, no lo comprobó la delegación de la organización Human Rights Watch que visitó la provincia para auditar su programa de Salud Mental el año pasado, no le llegaron esos ruidos al Comité Internacional que otorgó a Pellegrini el premio Ginebra 2005 de la WPA por su trayectoria en la defensa de los Derechos Humanos en la Psiquiatría. La Lic. Fernández se pregunta porqué son tan pocos los que denuncian esas supuestas atrocidades. Me debo preguntar, a mi vez, si no será porque no las hay. Si la Lic. Fernández tiene informaciones fidedignas sobre los hechos que denuncia sería fundamental que las haga saber para contrastarlos con lo que muchos otros conocemos y que desdicen totalmente sus afirmaciones. Si no es así debería rectificar sus dichos para aportar sin prejuicios a la construcción de una política sanitaria para nuestro pueblo tan digna como la que conocí en San Luis.

Juan Carlos Stagnaro

Profesor Titular del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ex médico concurrente del hospital "J. T. Borda", ex Jefe de Servicio de Hospital de Día del Hospital "Carolina Tobar García", docente y supervisor de las Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires desde 1985 y, actualmente, Médico Consultor en Salud Mental del Hospital Central de San Isidro.

**Buenos Aires****Bahía Blanca**

-Hospital Interzonal Dr. J. Penna; Lic. Luciana Rocchietti (Irocchietti@hotmail.com)

General Rodríguez

-Hospital Vicente López y Planes; Dra. María Noel Fernández (maria_noelf@hotmail.com).

Junín

-Hospital Dr. A. Piñeyro; Lic. Adriana Sautu (02362-420762).

La Matanza

-Hospital Paroissien; Dra. Amalia Feldman (afeldman@intramed.net).

Lanús

-Hospital Evita; Lic. Selman Franco Salonia Amin (franco.saloniam@gmail.com).

Mercedes

-Hospital Dubarry; Lic. Guillermo Francisco del Valle (guillermofran@yahoo.com.ar).

La Plata

-Hospital Rossi; Lic. Celina San Juan (celina_san_juan@yahoo.com.ar).

-Hospital Alejandro Korn; Lic. Mariella Lorenzi (mariellalorenzi@yahoo.com.ar).

-Hospital Sor M. Ludovica; Lic. Luciana Lagioiosa (lucianalagioiosa@hotmail.com).

-Hospital Interzonal de Berisso; Lic. Natalia Cejas (natcej@yahoo.com.ar)

-Hospital San Martín; Lic. Paola Cano (paolamcano@hotmail.com).

Luján

-Colonia Montes de Oca; Lic. Emilse Pérez (licenciadaperez@yahoo.com.ar).

Mar del Plata

-Hospital Privado de Comunidad; Dr. Gustavo Lix Klett (guslix@hotmail.com).

Pergamino

-HIGA San José; Dra. María Mercedes Río (02477-429791 int.136).

Región VII B

Dr. Esteban José Domingo (edomingo@psi.uba.ar).

San Martín

-Hospital Belgrano; Lic. Juan Andrés Mitre (mitrejuan@hotmail.com).

T.S. María Fernanda Preste (ferpreste@hotmail.com).

Temperley

-Hospital Estévez; Lic. Mara Yañez (marayanez@speedy.com.ar).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

-Hospital Álvarez; Dr. Juan Ignacio Bilbao (juan_ignacio_bilbao@yahoo.com.ar).

-Hospital Alvear; Lic. Darío Gigena (dargigena@gmail.com).

-Hospital Ameghino C.S.M.N°3; Lic. Leonor Suárez (suarezleonor@yahoo.com).

-Hospital Argerich; Dr. Marianela Sorsaburu (maqui6@hotmail.com).

-Hospital Borda; Dr. Alejandro Gueudet (alegueudet@hotmail.com).

-Hospital de Clínicas; Dr. Alejandro Oberlander (aleoberlander@gmail.com).

-Hospital Durand; Dra. Sabrina Paravagna (sabrinarparavagna@yahoo.com.ar).

-Hospital Elizalde; Lic. María Laura Orlando (laurapsiar@hotmail.com).

-Hospital Gutiérrez; Dr. Juan Costa (jujocosta@yahoo.com.ar).

-Hospital Italiano; Dr. Fernando Bertolani (fernandobertolani@hotmail.com).

-Hospital Moyano; Dra. Virginia S. Cañete Fornasier (virginia_fornasier@yahoo.com.ar)

-Hospital Penna; Lic. Mariana Gilbert (licmgilbert@yahoo.com.ar).

-Hospital Piñero; Dr. Marcelo Cano (canomcarcelo@gmail.com).

-Hospital Ramos Mejía; Lic. Cecilia Parrillo (cep_psi@hotmail.com).

-Hospital Rawson (CESAC 10); Lic. Cecilia Monti (cecimonti@hotmail.com).

-Hospital Rivadavia; Dra. Florencia Cantilo (florenciacantilo@yahoo.com.ar).

-Hospital Tobar García; Dr. Marco Anibal Arduini (marcoanibal79@yahoo.com.ar).

-Hospital Tornú; Dra. Ana Izaguirre (anaizaguirre@hotmail.com).

Chubut

-Hospital Zonal de Trelew; Dra. Jessica Dikgolz (jessicadikgolz@yahoo.com.ar).

Córdoba

-Hospital Neuropsiquiátrico Provincial; Lic. Mercedes Rodríguez Corral (mercorral@yahoo.com.ar).

-Hospital de Niños; Lic. María Capriotti (maricapri@yahoo.com.ar).

Corrientes

-Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís; Lic. Graciela Andrea Pinalto (cheli772000@yahoo.com).

Entre Ríos

-Hospital Luis Antonio Roballos; Paraná; Dr. Andrés Taboas (andrestaboas@yahoo.com.ar).

Jujuy

-Hospital Néstor Sequeiros; Lic. Andrés Federico Jaramillo (androlamirko@hotmail.com).

La Rioja

-Hospital Enrique Vera Barrios; Dr. Germán Ubillos (germanubillos@hotmail.com).

Mendoza

-Hospital Pereyra; Dra. Silvina Riera (riera.silvina@fcm.uncu.edu.ar).

Misiones

-Hospital Ramón Carrillo; Lic. María Cristina Lesik (cris_lesik@hotmail.com).

Neuquén

-Hospital Castro Rendón; Dr. Fernando Méndez (ferchimendez@hotmail.com).

Río Negro

-Área Programática Cinco Saltos, Cinco Saltos; Lic. Juan José Zelarayan (juanjoz@hotmail.com).

Salta

-Centro de Salud N° 10; Residencia de Psicología Comunitaria; Lic. Eugenia Sáiz (valeriasaiz@yahoo.com.ar).

-Hospital Chistofredo Jacob; Lic. María Virginia Albarracín (viralbarracin@hotmail.com).

-Hospital Dr. Miguel Ragone; RISAM; Lic. Laura Magadán; (laumagadan@hotmail.com).

San Luis

-Hospital Escuela de Salud Mental; RISAM con orientación en procesos de transformación institucional; Lic. Paula Mallea (paulamallea@gmail.com).

Santa Fe

-Hospital Escuela Eva Perón, Rosario; Dr. Fernando Bilbao (ferbilbao@hotmail.com).

-Hospital del Centenario, Rosario; Dra. Julieta Fernández (0341-4403710).

-Hospital San Martín, Rosario; Lic. Adriana Cavacini (adricavacini@hotmail.com).

-Sanatorio de la Merced, Santa Fe; Dr. Ignacio Francia (naf_salud@yahoo.com.ar).

Tucumán

-Hospital J.M. Obarrio; Lic. Mariana Aban (marianaban@gmail.com).

-Hospital Padilla; Lic. Ana Schkolnik (anaschkolnik@hotmail.com).

ANTE CUALQUIER MODIFICACIÓN,**ERROR U OMISIÓN COMUNICARSE CON:**

> Juliana Espert

[mariajuliana@hotmail.com]

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- Los artículos pueden ser enviados:

1. Por correo: Editorial Polemos S.A., Moreno 1785 5° piso, Cap. Fed.
2. Mediante e-mail: clepios@hotmail.com.
3. Entregados personalmente a algún miembro de la redacción.

- Cada artículo debe constar de cuatro o cinco palabras claves y un resumen en castellano. Debe

ser inédito. El total del artículo no debe tener más de 10 páginas, tamaño A4, con texto a doble espacio y tamaño de letra 10.

- El artículo será leído en forma anónima por, al menos, un miembro del Comité de Lectura. Ellos informarán a la redacción sobre eventuales modificaciones para su publicación.

El artículo se puede publicar sin ser evaluado por un miembro del Comité de Lectura, si fue premiado

o mencionado en jornadas científicas y/o ámbitos académicos.

- La revista no se responsabiliza de sobre los artículos que aparecen firmados, ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas. Los artículos aceptados no serán devueltos. Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo con la redacción.