



clepios

71

INVESTIGACIÓN

REVISTA DE PROFESIONALES EN
FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

OCT. 2016 / FEB. 2017
Nº 3 - VOLUMEN XXII

ISSN 1666-2776

Coordinadores: Dr. Nicolás Alonso / Lic. Paula Dombrovsky / Lic. Mariano Nespral

Comité de redacción: Lic. Giannina Castiglioni / Dr. Pablo Germán Díaz / Lic. Federico Falk / Lic. Gabriela Greggio / Dra. Renata Gómez / Lic. Pilar Neira / Dra. Mariana Pedró Siegert / Lic. Rafael Pozo Gowland / Lic. Malena Kiss Rouan / Dr. Franco Magrini

Comité asesor: Lic. Martín Agrest / Lic. Michelle Elgier / Lic. María Juliana Espert / Dr. Javier Fabrissin / Dra. Valeria Fernández / Dr. Federico Kaski Fullone / Lic. Luciana Grande / Dr. Martín Nemirovsky / Lic. Laura Ormando / Dr. Javier Rodríguez / Lic. Cecilia Taboada / Lic. Bárbara Schönfeld / Lic. Maia Nahmod / Lic. Yesica Embill

Sitio web: Dr. Guilad Gonen / DG Cecilia Álvaro

Colaboradores fotográficos de este número: Maira Albarracín / Catalina Boccoardo / Lucía Ortiz / Luciana Sendin. Foto de tapa: Luciana Sendin

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual No 1603324 - ISSN No 1666-2776 - Hecho el depósito que marca la ley. Clepios, Vol. XXII - Nro. 3 - Octubre 2016 / Febrero 2017. Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A. "Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental" es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima. Informes y correspondencia: Clepios, Moreno 1785 5º piso (1093) Buenos Aires. Tel/Fax 4.383-5291. clepios@gmail.com / www.clepios.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: **Cosmos Print SRL** Edmundo Fernández 155, Avellaneda

Comité de lectura

Lic. Roxana Amendolaro
Dr. Nicolás Braguinsky
Dr. Norberto Conti
Dr. Norma Derito
Lic. Patricia Dolan
Dr. Daniel Ferioli Sevagopian
Lic. Élica Fernández
Dr. Pablo Gagliesi
Dr. Emiliano Galende
Dr. Miguel Ángel García Coto
Dr. Norberto Garrote
Dr. Aníbal Goldchluk

Dr. Gustavo Finvarb
Lic. Haydée Heinrich
Dra. Gabriela Jufe
Lic. Eduardo Keegan
Dr. David Laznik
Dr. Santiago Levín
Lic. Marita Manzotti
Dr. Miguel Márquez
Dr. Daniel Matusevich
Lic. Daniel Millas
Dr. Alberto Monchablon Espinoza
Lic. Eduardo Müller
Dra. Mónica Oliver

Dr. David Pattin
Lic. María Bernarda Pérez
Lic. Fernando Ramírez
Lic. Miguel Santarelli
Dr. Juan Carlos Stagnaro
Lic. Alicia Stolkner
Dr. Esteban Toro Martínez
Dr. Fabián Triskier
Lic. Alejandro Vainer
Lic. Adriana Valmayor
Dr. Ernesto Wahlberg
Lic. Débora Yanco
Lic. Patricia Zunino

#71

Investigación

T₁ / 100

Proyecto de investigación en psicoterapia en un hospital público: desafíos, obstáculos e interrogantes

DAIANA ÁLVAREZ, ANA AZRILEVICH, LUCÍA BONIFACIO, NATALÍ CARMIO, PRISCILA DE LA TORRE, VICTORIA LÓPEZ, MELANIE NOEJOVICH, FLORENCIA PALMA, FEDERICO PENA, RAFAEL POZO GOWLAND, BRIAN SARDAR, ALEJANDRINA SOLARI

T₂ / 104

Perfil cognitivo en pacientes bipolares eutímicos tras un primer episodio maniaco

MARÍA JULIETA LOMASTRO, CARLA FIORELLA CAPOZUCCA, MARIANA ROSARIO HERNÁNDEZ, JOSÉ MARÍA SMITH, MARINA PAULA VALERIO, ALEJANDRO GABRIEL SZMULEWICZ

& / 109

CADÁVER EXQUISITO Investigar

RICARDO BERNARDI, CONSTANZA DUHALDE, DIANA SILVIA KLAJN, DIEGO J. MARTINO, MARIELA NABERGOI, MARÍA MARCELA BOTTINELLI, FLAVIA TORRICELLI, DANIEL VIGO

[] / 118

SALA DE ENSAYOS Crianza y Filiación: en los límites del trazado de mapas de la mente de una niña

CINTIA MONTES

“” / 124

CONVERSACIONES 1 Asistir e Investigar: el proceso de investigación en el campo de la Salud Mental

ALICIA STOLKINER

“” / 131

CONVERSACIONES 2 Transformando la Salud Mental a través de la investigación científica

FEDERICO MANUEL DARAY

📍 / 136

YO ESTUVE EN Huitzilac, México. Un diagnóstico de salud mental comunitaria

FEDERICO MARTÍN FALK
MARIELA LLORCA
SEBASTIÁN RIQUELME

5 / 143

LOS 5... Los cinco fantásticos

FRANCO MAGRINI

Editorial

¿Qué es investigación? ¿Qué es investigar? ¿Quiénes investigan? ¿Qué investigan?

Comenzamos el presente número de Clepios haciéndonos preguntas. Preguntas que surgen a partir del debate de los problemas que nos interpelan en la práctica de nuestra realidad cotidiana. Esos problemas y las preguntas que comienzan a resonar en el debate generan un proceso a partir del cual se delimita el tema del número. Luego permiten ir pensando las perspectivas desde las cuales abordaremos el tema: qué dimensiones queremos trabajar, desde qué perspectivas, cómo abordaremos la lectura de trabajos, la convocatoria a referentes. Estos enfoques se construyen a partir de los encuentros en los que se plasma la heterogeneidad de trayectorias del equipo que conforma el comité editorial de la revista, en las que se entraman diferentes marcos teóricos. Este entramado resulta en un enfoque que permitirá orientar la producción de contenidos, los objetivos a los que se orientará el número y la apertura a lo novedoso que nos inspira a participar de este proyecto colectivo de publicación.

¿No es acaso este proceso un modo de investigar? Muchas veces utilizamos método científico en nuestra práctica cotidiana, no se trata solamente de tenerlo incorporado, sino de que el propio método científico surja de la práctica humana de búsqueda y producción de conocimiento.

Casualmente (o no tanto) en este número, en nuestros diferentes encuentros comenzamos a pensarnos en relación al método y nuestra producción. Proyectamos la posibilidad de realizar un trabajo de investigación de tipo meta-análisis sobre nuestros contenidos publicados históricamente. Entramos en proceso de investigación y nos gustaría que sea un puntapié para aquellos a quienes les interese participar.

Investigar, dicen las investigaciones, es una actividad humana destinada a la obtención de nuevos conocimientos como resultado de la aplicación de un método para la solución de problemas. ¿Qué es el método? ¿Quiénes lo utilizan? ¿Qué lugar tiene en nuestra formación? ¿Qué lugar para sus resultados? ¿Cuáles son los nuevos conocimientos que se producen? ¿Qué objetivos y propósitos persiguen las investigaciones que se llevan a cabo en nuestro campo? Algunas de estas preguntas buscamos abordarlas durante el desarrollo del número.

Las secciones de este número son fruto de múltiples discusiones impulsadas por esta temática. Partimos, entonces de animarnos a pensar qué lugar ocupa la investigación en nuestra formación y al debatir acerca de a quién convocar en el reportaje nos fuimos encontrando con dificultades para pensar un único referente ya que según la disciplina, el recorrido, los intereses

y/o marco de referencia del que uno provenga este proceso puede encontrar distintas modalidades.

Decidimos atender a esta diversidad, dándole espacio a concepciones diferentes sobre la investigación. De este modo, surgió una nueva sección llamada CONVERSACIONES, donde nos reunimos a debatir y pensar con Alicia Stolkiner y Federico Daray a partir de lo cual surgió la escritura de dos textos que incluimos en esta sección.

En relación a las preguntas que guían las investigaciones además de la factibilidad, el interés, lo novedoso y relevante, tienen como criterio para ser científicas, la ética, que es una rama de la filosofía que piensa las relaciones en razón del bien común, por tanto obligada a pensar la alteridad. Es impensable la ciencia sin ética, subyacente a toda producción de conocimiento como actividad humana, pública y social. En esa línea creímos conveniente convocar a diferentes actores del campo que permitan abordar esa alteridad desde diversas perspectivas y modos de leer la realidad. Como resultado la sección CADÁVER EXQUISITO resultó integrada por una polifonía de voces: Diego J. Martino (médico psiquiatra), Diana Silvia Klajn (médica neuróloga), Ricardo Bernardi (médico psiquiatra psicoanalista), Constanza Duhalde (lic. en psicología), María Marcela Botinelli (lic. en psicología) Mariela Nabergoi (lic. en terapia ocupacional), Flavia Torricelli (lic. en psicología), Daniel Vigo (médico psiquiatra).

La producción de los profesionales en formación presentada en los trabajos de este número refleja también la diversidad de aristas posibles en la investigación en salud mental. Contamos con un proyecto de investigación sobre la aplicación de psicoanálisis en el hospital público y los resultados de una investigación acerca del perfil cognitivo de pacientes bipolares luego de un primer episodio maniaco.

La sección YO ESTUVE EN nos sumerge en la comunidad de Huitzilac, México, de la mano de una rotación libre en el Centro Latinoamericano de investigación e intervención permitiéndonos conocer las problemáticas de Salud Mental en dicha comunidad y las formas de indagación de las mismas.

Finalmente, LOS 5... nos deleita con una pincelada de humor sobre anécdotas en el jardín de la investigación que han presentado algunos reveses interesantes.

Luego de este recorrido, nos gustaría retomar nuestra invitación a todos los lectores de la revista a que puedan sumarse a nuestro equipo de pensamiento, debate y construcción y, esperamos, a futuro, producción de nuevo conocimiento.

COMITÉ DE REDACCIÓN INTERDISCIPLINARIO REVISTA CLEPIOS



DAIANA ÁLVAREZ, ANA AZRILEVICH,
LUCÍA BONIFACIO, NATALÍ CARMIO,
PRISCILA DE LA TORRE,
VICTORIA LÓPEZ, MELANIE NOEJOVICH,
FLORENCIA PALMA, FEDERICO PENA,
RAFAEL POZO GOWLAND,
BRIAN SARDAR, ALEJANDRINA SOLARI

Psicólogos residentes del
Hospital Ramos Mejía

rsmramosmejia@gmail.com

— Foto: Lucía Ortiz

Proyecto de investigación en psicoterapia en un hospital público: desafíos, obstáculos e interrogantes



RESUMEN :: El presente artículo refleja los desarrollos preliminares de una investigación, a partir de la cual se intentará medir la evolución y efectos de los tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo por residentes de un Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Dado que la misma se encuentra en curso, el artículo se centra en los debates, desafíos, y dificultades que surgieron durante el diseño de la misma. Esto se articula con la problemática de la intersección de discursos, particularmente dentro del ámbito de la Salud Pública, y en un contexto de profesionales en formación.

PALABRAS CLAVE :: Investigación - psicoterapia - psicoanálisis - eficacia

ABSTRACT :: This article reflects the preliminary developments of a research, which attempts to measure the evolution and effects of psychotherapeutic treatments carried out by residents of a public hospital in Buenos Aires City. Since it is in progress, the following article focuses on the discussion, challenges, and difficulties encountered during the design. This is also referred to the problem of the speeches intersection, particularly within the field of Public Health, in a context of professional training.

KEY WORDS :: research – psychotherapy – psychoanalysis - efficacy



INTRODUCCIÓN

En este trabajo presentaremos una investigación en curso llevada adelante por los psicólogos de la residencia del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. La misma surgió de nuestro interés por conocer la evolución y efectos de nuestra práctica clínica y trajo aparejada diversas discusiones en relación al desafío de investigarla.

Por un lado, sostenemos que lo terapéutico para el psicoanálisis es condición necesaria pero no suficiente: el psicoanálisis tiene efectos terapéuticos sin reducirse a ello. Por esto último, dentro del campo del psicoanálisis, la investigación se presenta con una dificultad irreductible que gira en torno al problema de la eficacia y la universalización, exigiendo por parte de los profesionales una toma de posición.

Asimismo, dentro del discurso de la Salud Pública, aquello que puede ser advertido y que justifica la oferta de cierta técnica, son los efectos terapéuticos que de ella se desprenden. Nos hemos encontrado debatiendo una y otra vez acerca de los efectos terapéuticos de la técnica psicoanalítica, así como también sus objetivos, alcances y limitaciones en el marco del Hospital general. Al mismo tiempo, como agentes de salud del sistema público, sentimos la obligación de dar cuenta de nuestra práctica al resto de la comunidad en salud.

Actualmente, la Salud Mental incluida dentro del ámbito público es confrontada con un nuevo ideal que trata de conjugar eficacia y rentabilidad. En otras palabras, se trata de atender el mayor número de demandas con el menor costo posible. Nos preguntamos si estos ideales podrían representar un obstáculo para el mantenimiento del psicoanálisis en dicho marco y, apostando a su permanencia, debatimos sobre la metodología a adoptar, optando por una diferente a la que estamos acostumbrados en nuestra línea teórica.

De ello, y con el asesoramiento de la Dra. Mariana Maristany de la Fundación Aiglé, ha decantado un proyecto piloto de investigación que propone evaluar la relación que se establece entre la aplicación de la técnica psicoanalítica y las consecuentes variaciones observables en el grado de malestar subjetivo de los pacientes.

CONFORMACIÓN DEL PROYECTO Y ELECCIÓN METODOLÓGICA

La investigación en psicoanálisis es actualmente un tema de debate tanto en el ámbito académico, como en las distintas instituciones psicoanalíticas y asistenciales. Históricamente, el estudio de caso único o también conocido como "método clínico" ha resultado ser el preferido y más utilizado dentro del campo psicoanalítico. Su propósito es mantener la especificidad de la investigación psicoanalítica, destacando lo propio de su objeto y su método. El psicoanálisis se construye a partir de lo singular y único de cada situación analítica, teniendo por lo tanto su propio campo, su propio método, sus propias teorías, y sus propios criterios de validación. De esta forma, los estudios de caso único buscan establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica, permitiendo evaluar la validez del tratamiento en una situación controlada (Roussos, 2007). Dicha investigación es la que realiza el terapeuta en su propio setting psicoterapéutico y corresponde a la que Freud describía como conjunción entre investigación y cura.

Al no ser posible en los estudios de caso único la comparación del caso con otro, una de las formas de obtener información sobre los efectos de la práctica es realizar un estudio longitudinal del paciente, donde se visibilicen distintos estados de grado de malestar a lo largo del tiempo. A diferencia de los experimentos con grupos - uno experimental y otro control - en los estudios de caso único no es posible realizar dicha comparación. Una de las formas de obtener información sobre los efectos de la intervención intra-caso es realizar comparaciones en base a las diferentes condiciones por las que atravesó el sujeto de estudio a lo largo del tiempo.

Se debe tener en cuenta que la validez de la participación de los integrantes está impregnada de subjetividad y de una certeza intuitiva, la que no siempre es verificada empíricamente. A raíz de esto, una de las objeciones realizadas a este tipo de método radica en lo que concierne a la confiabilidad del mismo. Un método es confiable cuando permite llegar a conclusiones similares, aún cuando sea aplicado por diferentes personas. Por el contrario, los ensayos realizados al comparar distintas relecturas o supervisiones de un mismo material por distintos analistas muestran que terminan construyendo visiones muy distintas del paciente, las cuales son más fieles a los supuestos de cada analista que al material en sí (Bernardi, R. 1997).

La situación global de las psicoterapias y la investigación a ellas asociadas, lleva a los analistas a intentar dar respuesta a nuevos retos y cuestionamientos referidos tanto a la cientificidad de nuestra disciplina como a la demostración de nuestra eficacia.

En este punto se impone una segunda línea de investigación, conocida como "investigación empírica", la cual se sirve de la observación sistemática en muestras en general grandes "contrariamente al caso único- para confirmar o refutar hipótesis" (Mitjavila, 2001). Esta línea realiza un tratamiento cuantitativo de la información y utiliza terminología precisa respecto de sus conclusiones. Los rasgos más importantes de esta metodología, y que han generado más resistencia entre los analistas, son la replicabilidad de la observación y la posibilidad de predicción. Si bien desde el psicoanálisis se ha cuestionado el abordaje empírico de los fenómenos (Azaretto y Ros, 2014) por considerarlos no aprehensibles, medibles, observables ni objetivables (el inconsciente, la angustia, lo real, etc) es posible considerar que el quehacer científico no se refiere tanto al objeto de conocimiento como al método; por lo que cualquier objeto de cualquier disciplina puede ser estudiado o investigado desde métodos o procedimientos diferentes (Mitjavila, 2001). De esto se desprende que si el psicoanálisis produce efectos, los mismos podrán ser estudiados desde una perspectiva de investigación tanto empírica como clínica. A su vez, la cuantificación de esos efectos, la búsqueda misma dirigida a encontrarlos, a nombrarlos de algún modo, une estrechamente la clínica con la investigación; ésta, podemos decir - en la medida en que está abocada a nominar los efectos de una práctica - es clínica.

Sin embargo, el ámbito académico no es el único que exige criterios de científicidad al psicoanálisis; también los ámbitos administrativos y de gestión pública comparten sus mismas exigencias. En el intento de obtener mayor rentabilidad, los espacios de atención tanto pública como privada buscan la mayor evidencia científica sobre los efectos de una psicoterapia determinada. Ejemplo de esto, es la recomendación por parte de la Organización Mundial de la Salud, la cual sostiene en sus guías de promoción y prevención de Salud Mental que se debe asignar prioridad a las intervenciones y a los programas que demuestren evidencia científica de sus efectos, tanto por razones éticas como para un uso óptimo de los recursos limitados (OMS, 2004). De esta manera, se impone la necesidad de probar los efectos de la psicoterapia psicoanalítica con métodos accesibles a otros discursos, acercando los criterios de validación entre campos de prácticas.

Es por esto que, si admitimos que el psicoanálisis tiene efectos terapéuticos, también es cierto que muchos de estos efectos pueden ser evaluados y monitoreados a partir de procedimientos comunes con los de otras disciplinas. Por tal motivo, y teniendo en cuenta que el objetivo de nuestra investigación ha sido desde un comienzo probar los resultados de nuestra práctica y ampliar el alcance de los resultados a profesionales de otras disciplinas, nos hemos volcado por esta segunda línea de investigación.

MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA: INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R

Compartimos lo que plantea Maristany al sostener que los terapeutas para evaluar el desarrollo de un tratamiento y, de ser necesario, realizar modificaciones en la dirección del mismo, cuentan con instrumentos de medida que operan complementariamente a su juicio clínico: "la práctica clínica y la evaluación a través de instrumentos se conjugan en este punto" (Maristany, 2009).

Por ello, la presente investigación utilizará la adaptación al castellano de Casullo y Castro Solano (1999) del "Inventario de Síntomas SCL-90-R" de L. Derogatis, cuyo propósito es dar cuenta del grado de malestar general de los individuos estudiados a partir de tres índices: Índice Global de Severidad, Total de síntomas positivos e Índice de malestar positivo. Este inventario consta de 90 ítems los cuales se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde "0" (ausencia de síntoma) hasta "4" (presencia total del mismo). La elección del instrumento se sostiene, además, en que el cuestionario exige un grado mínimo de comprensión lectora, su consigna es sencilla y requiere de un breve tiempo de administración (entre 15 y 20 minutos).

Hemos elegido realizar un estudio de tipo longitudinal; es decir que se aplicará el cuestionario al paciente en la primera entrevista para luego efectuar un re-test mensualmente durante los cuatro meses de tratamiento a fin de realizar el seguimiento del individuo participante.

La evaluación e interpretación de los resultados en relación al grado de malestar de los pacientes, se obtendrá en función de tres índices globales de malestar psicológico: 1) Índice global de severidad (IGS) 2) Índice de malestar positivo (PSDI) 3) Total de síntomas positivos (TP). El primero de estos (IGS), constituye un buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar al combinar el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. De este modo se obtiene como resultado el grado de patología de una persona. Por su parte, PSDI pretende evaluar el estilo de respuesta, indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar el malestar que lo aqueja. Por último, en el Total de Síntomas positivos se evalúa amplitud y diversidad psicopatológica para cada paciente que comienza tratamiento psicológico.

La población que ha sido seleccionada para llevar adelante la presente investigación son aquellos pacientes entre los 18 y 65 años que comiencen tratamiento psicológico con profesio-

nales residentes del Hospital General de Agudos J.M Ramos Mejía, que presten su acuerdo voluntario a participar firmando el consentimiento informado. Se tomará como criterio de exclusión a aquellos pacientes cuyo malestar implique la necesidad de tratamiento psiquiátrico dada la complejidad para evaluar la efectividad de la psicoterapia en el alivio sintomático.

Teniendo en cuenta que el presente trabajo consistirá en un proyecto piloto, se estima que el número de individuos participantes será entre 15 y 30, buscando evaluar la factibilidad de la realización del estudio. Cabe aclarar que se han tenido en cuenta los requisitos propios de toda investigación en cuanto a confidencialidad y privacidad, información que el administrador aclarará al paciente al momento de la administración del inventario. Por último, hemos elegido, como modo de administración del instrumento, que éste sea autoadministrado por el paciente con asistencia de un entrevistador ajeno al tratamiento para evitar la presencia de efectos sugestivos.

CONCLUSIÓN

Este proyecto piloto es, sobre todo, una declaración de intenciones. En primer lugar, implicó reconocer la escasez de nuestra formación en investigación, lo cual supuso desde el

principio un desafío epistemológico. Discusiones, lecturas, consultas y dudas nos acompañaron durante su armado.

Al mismo tiempo, da cuenta de nuestro interés como profesionales en formación dentro del marco del psicoanálisis, de dialogar con otras disciplinas y de evitar reproducir la "cansona, fastidiosa, repelente - que nadie lee aparte de los psicoanalistas- que se llama la literatura psicoanalítica" (Lacan, 1964).

Asimismo, como psicólogos, agentes de salud inmersos en el sistema público, reconocemos un valor en la teoría psicoanalítica como marco conceptual que permite una cierta lectura -y consecuente abordaje- clínico. Teniendo en cuenta la coyuntura actual, apostamos a su permanencia y creemos que ello implica dar cuenta de sus efectos terapéuticos. Existe una versión del psicoanálisis que cree, considera - y en su extremo reivindica - que la cura es sólo el aditivo circunstancial de un tratamiento. Esperamos lograr transmitir que el espíritu de nuestro proyecto es más bien otro: nuestra dirección es que el psicoanálisis encuentra su justificación como práctica en la medida que produzca efectos y pueda dar cuenta de ellos.

Pensar que el psicoanálisis es una praxis, y no pura entelequia, implica una posición ética, que nos interpela no sólo individualmente. Hemos tratado de incluir estas diversas aristas y esperamos conocer los resultados de este proyecto piloto para continuar pensando nuestra posición en la dirección de cada tratamiento y dar cuenta de nuestra práctica de un modo que sea asequible a otros discursos, desde el burocrático - político hasta el médico.

BIBLIOGRAFÍA

Azaretto, C. y Ros, C. (2014). Investigar en psicoanálisis. JCE Ediciones.
Bernardi, R., (1997) "Investigación Clínica e Investigación Empírica Sistemática en Psicoanálisis" En Revista uruguaya de Psicoanálisis, 84/85, Montevideo, Asociación Psicoanalítica De Uruguay, Pp. 56- 68.
Casullo, M., Y Castro Solano, A. (1999). Síntomas Psicopatológicos en estudiantes Adolescentes Argentinos. Aportaciones Del Scl-90. En Anuario de Investigaciones VII (Pp. 147-157), Facultad De Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Derogatis, L. (1994). Scl-90- R. Adaptación castellana de la técnica. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Manual. Minnesota. National Computer Systems.
Derogatis, L. (1994). Scl-90-R. Symptom Checklist. Manual. Minneapolis: National Computer Systems.
Lacan, J. (1964), El seminario. Libro 11: "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis", Paidós, Buenos Aires.
Mitjavila, M. y Poch, J. (2001). Investigación en psicoanálisis y en psicoterapia psicoanalítica. Revista de Psicoanálisis. Número Especial Internacional, nº 8, 2001.

Maristany, M. (2012). Evaluación Clínica y Psicoterapia. Una puerta abierta a la investigación. Revista Argentina de Clínica Psicológica. XXI, VXXVIII-3, 275-277
Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Ginebra, OMS.
Organización Mundial de la Salud (2008) Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra, OMS.



Perfil cognitivo en pacientes bipolares eutímicos tras un primer episodio maníaco

RESUMEN :: Antecedentes: los pacientes con trastorno bipolar presentan déficits cognitivos incluso en períodos de eutimia; sin embargo la trayectoria longitudinal de esa disfunción cognitiva es desconocida. El objetivo principal de este trabajo es determinar el perfil cognitivo de los pacientes bipolares tras su primer episodio maníaco. Métodos: se realizó batería neurocognitiva a 11 pacientes eutímicos luego de su primer episodio maníaco y se los comparó con controles sanos. Resultados: se observó en los pacientes rendimiento deficitario en distintos dominios cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas y teoría de la mente) con tamaños de efecto moderados y grandes en comparación con los controles. Conclusiones: los déficits cognitivos descritos en pacientes con Trastorno Bipolar se encuentran presentes desde el inicio de la enfermedad

PALABRAS CLAVE :: Trastorno Bipolar neurocognición primer episodio

Cognitive profile in euthymic Bipolar Disorder patients after their first episode of mania

ABSTRACT :: Background: Patients with bipolar disorder show cognitive deficits even in euthymia; however the longitudinal trajectory of this cognitive disfunction is unknown. The aim of this study is to determine the cognitive profile of bipolar patients after their first episode of mania Methods: cognitive performance was assessed in 11 euthymic patients after their first episode of mania, and in 17 healthy control subjects. Results: we found more compromised performance in different cognitive domains (attention, memory, executive functions and theory of mind) with moderate to large effects sizes in patients in comparison to control subjects. Conclusions: cognitive deficits described in Bipolar Disorder patients are present since the beginning of the illness.

KEY WORDS :: Bipolar Disorder Neurocognition first episode

MARÍA JULIETA LOMASTRO
Médica. Residente de tercer año de Salud Mental. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Período 2014-2016.
julieta.lomastro@gmail.com

CARLA FIORELLA CAPOZUCCA
Médica. Residente de tercer año de Salud Mental. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Período 2014-2016.
carla.capozucca@gmail.com

MARIANA ROSARIO HERNÁNDEZ
Médica. Residente de tercer año de Salud Mental. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Período 2014-2016.
hernandezmariana293@gmail.com

JOSÉ MARÍA SMITH
Médico especialista en Psiquiatría. Ex residente de Salud Mental. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Período 2012-2016.
josesmithestrada@gmail.com

MARINA PAULA VALERIO
Médica Especialista en Psiquiatría. Ex =residente de Salud Mental. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Período 2012-2016. marp.valerio@gmail.com

ALEJANDRO GABRIEL SZMULEWICZ
Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe de residentes. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Período 2012-2016.
alejandroszm@gmail.com

— Foto: Catalina Boccardo

1/ INTRODUCCIÓN

La disfunción cognitiva en pacientes con trastorno bipolar está bien establecida en la literatura. Metaanálisis de pacientes con trastorno bipolar de larga evolución han demostrado déficits en múltiples dominios cognitivos, incluyendo funciones ejecutivas, memoria y aprendizaje verbal, atención y velocidad de procesamiento, que persisten durante los períodos de eutimia (Mann Wrobel y col., 2011). Se ha propuesto que diferentes déficits neurocognitivos podrían explicar el pobre funcionamiento psicosocial visto en algunos pacientes bipolares (Martínez Arán y col., 2007), por lo cual podrían cobrar relevancia como potenciales blancos de intervenciones terapéuticas.

Sin embargo, la trayectoria longitudinal de esta disfunción cognitiva es aún desconocida y controversial. Por un lado, se ha propuesto entender al trastorno bipolar como una enfermedad neuroprogresiva y en consecuencia susceptible a una estadiación clínica (Berk y col., 2007) (Kapczinski y col., 2009). Entonces, los déficits cognitivos progresarían con la evolución de la enfermedad, en donde un curso clínico de mayor severidad (mayor número de episodios afectivos principalmente maníacos y hospitalizaciones, presencia de síntomas subsindrómicos y síntomas psicóticos, menor edad de inicio de la enfermedad, abuso de sustancias) se asociaría a una declinación cognitiva más marcada en algunos pacientes (Robinson y col., 2006). Cabe destacar que esta hipótesis se sostiene a partir de datos que provienen principalmente de estudios de diseño transversal, por lo que no permiten establecer una relación de causalidad entre variables clínicas de mayor severidad de la enfermedad y mayor declinación cognitiva a lo largo de la misma. Por otra parte, y en contraposición a la teoría de neuroprogresión, se ha hipotetizado que el perfil cognitivo de los pacientes, que permanecería estable a lo largo de la enfermedad, sería el determinante del curso clínico de la misma. Los pacientes con Trastorno Bipolar serían entonces un grupo heterogéneo en cuanto a su funcionamiento cognitivo, y así también en cuanto a su funcionalidad psicosocial (Scapola y col., 2008), presentando a su vez aquellos pacientes con algún dominio cognitivo afectado mayor susceptibilidad a sufrir recurrencias de episodios afectivos que aquellos sin déficits cognitivos significativos (Martino y col., 2013).

Consideramos entonces que el primer episodio de manía es un momento crucial para intentar entender la trayectoria longitudinal de la disfunción cognitiva en los pacientes con Trastorno Bipolar. Dado que dicho episodio define el inicio de la enfermedad, permite estudiar el desempeño cognitivo previo al efecto de múltiples episodios afectivos y a la exposición prolongada a medicación psicotrópica, dando la posibilidad de determinar si los déficits cognitivos están presente desde etapas tempranas de la enfermedad, y cómo evolucionan los mismos a lo largo del tiempo (Daglas y col., 2015).

El objetivo principal de este trabajo es determinar el perfil cognitivo de pacientes bipolares eutímicos tras un primer episodio de manía.

2/ MÉTODOS

El presente es un estudio de corte transversal, que expone los resultados preliminares de un estudio longitudinal de seguimiento actualmente en curso (en el cual nos proponemos evaluar en forma repetida con frecuencia anual a pacientes bipolares desde su primer episodio de manía utilizando una misma batería de estudios neurocognitivos).

A los fines del presente trabajo se evaluaron once pacientes que se encontraban realizando tratamiento en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Dichos pacientes se encontraban en un dispositivo de tratamiento ambulatorio en algunos casos o cursando un período de internación psiquiátrica en otros. Todos ellos cumplen con los siguientes criterios de inclusión: edad entre 18 y 65 años, diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I realizado según DSMIV, haber presentado un primer episodio maniaco, y un mínimo de dos meses de eutimia (la cual definimos utilizando el puntaje de dos escalas, YMRS (Young Mania Rating Scale) < 6 y MDRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) < 8). Los pacientes se encontraban recibiendo medicación psicotrópica al momento de las evaluaciones (principalmente estabilizadores del humor y antipsicóticos de segunda generación) y algunos de ellos presentaban antecedentes de historia de consumo de sustancias. El diagnóstico fue confirmado mediante entrevista clínica y MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Los criterios de exclusión fueron: enfermedades neurológicas, historia de retraso mental o cualquier condición clínica inestable (como diabetes o hipotiroidismo) que pudiera influir en el desempeño en las pruebas .

Se evaluaron también diecisiete controles sanos, que cumplieran con los mismos criterios de exclusión que los pacientes. Los mismos no presentaban patología psiquiátrica (confirmado por utilización de MINI) ni se encontraban recibiendo ningún tipo de psicofármaco al momento de la evaluación. Un criterio adicional de exclusión para los controles es que no debían presentar antecedentes de enfermedad psiquiátrica en familiares de primer grado.

Tanto en los pacientes como en los controles se evaluó funcionamiento psicosocial mediante la escala FAST (Functional Assessment Staging). Se evaluaron los siguientes dominios cognitivos: aprendizaje y memoria verbal (Rey Auditory Verbal Learning Test), atención (Trail Making Test A y SPAN de Dígitos directo), memoria de trabajo (Span de dígitos Inverso), funciones ejecutivas (Trail Making TestB y Stroop), toma de decisiones (Iowa Gambling Task), lenguaje (test de Boston), fluencia verbal, semántica y fonológica, inteligencia cristalizada - Coeficiente Intelectual premórbido (Weschler Adult Intelligence Scale - subtest vocabulario), cognición social (lectura de miradas, falsos pasos y test de Ekman). Los pacientes y controles fueron evaluados entre agosto del 2015 y marzo del 2016. Los mismos brindaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis de datos se utilizó test de chi cuadrado para comparar variables dicotómicas y t student para las variables continuas. Los tamaños de efecto (Cohen's d) fueron calculados a partir de las diferencias entre los grupos en sus performances cognitivas. El tamaño de efecto es una cantidad que indica la magnitud de la diferencia entre los dos grupos. Un tamaño de efecto de 0,2 indica una pequeña diferencia, un tamaño de efecto de 0,5 indica una diferencia moderada y un tamaño de efecto de 0,8 una diferencia grande. Un tamaño de efecto de 0,2 implica que el 92% de los dos grupos se superpone. Un tamaño de efecto de 0,8 implica que menos de la mitad de los dos grupos se superpone. Un tamaño de efecto de 0,8 es usualmente lo aceptado como un resultado clínicamente significativo. Todos los análisis fueron realizados con el programa SPSS v.21. Valores de p inferiores a 0.05 fueron considerados significativos.

3/ RESULTADOS

Los dos grupos (pacientes y controles) fueron adecuadamente apareados por edad ($p=0,18$), años de educación ($p=0,11$) y CI premórbido ($p=0,12$). En relación a la distribución por sexos, se encontró entre ambos grupos una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,01$). La edad promedio en el grupo de pacientes fue $22,58 \pm 5,26$ años; en el grupo de controles fue $25,82 \pm 5,82$ años. Los años de educación promedio fueron $12,25 \pm 3,33$ en el grupo de los pacientes, y $14,41 \pm 2,6$ en el grupo de los controles. El Coeficiente intelectual premórbido evaluado mediante el subtest de vocabulario de la WAIS fue $49,73 \pm 9,22$ en el grupo de pacientes y $54,18 \pm 5,55$ en el grupo de controles. El porcentaje de hombres en el grupo de pacientes fue 83,3 %, mientras que en el grupo de controles fue 35,3%.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en funcionamiento psicosocial evaluado por la escala FAST, con peor funcionamiento en los pacientes ($p<0,01$).

La **tabla 1** expone la comparación del desempeño entre pacientes y controles en los distintos dominios cognitivos evaluados. El desempeño de los pacientes fue deficitario en comparación a los controles en todos los dominios, encontrándose diferencias estadísticamente significativas solamente en los siguientes: funciones ejecutivas, más precisamente en flexibilidad cognitiva (evaluado a partir del TMTB, $p<0,01$); memoria verbal ($p=0,05$) y en velocidad de procesamiento (evaluado a partir de TMTA, $p<0,01$).

Se halló también una diferencia estadísticamente significativa en el desempeño en el Test de Falsos Pasos, que evalúa teoría de la mente, a favor de los controles ($p<0,01$). Se descompuso el puntaje total de dicho test, comparando el desempeño en el *componente afectivo* (capacidad de detectar si alguien dice algo que no debiera haber dicho o "mete la pata") y el *componente cognitivo* del test (¿por qué lo dijo?), encontrándose una diferencia significativa sólo en este último ($p<0,01$).

En la **Tabla 2** se exponen los tamaños de efecto para las diferencias encontradas en los principales dominios. Se hallaron tamaños de efectos grandes en velocidad de procesamiento y memoria así como medianos en atención y funciones ejecutivas.

4/ DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue determinar el perfil neurocognitivo en una muestra de pacientes bipolares eutímicos tras un primer episodio de manía. Encontramos que el desempeño de nuestros pacientes bipolares fue deficitario en comparación a los controles en todos los dominios cognitivos evaluados, encontrándose diferencias estadísticamente significativas solamente en los dominios de funciones ejecutivas (específicamente flexibilidad cognitiva), memoria verbal y en velocidad de procesamiento. Se halló también una diferencia estadísticamente significativa en el desempeño en el Test de Falsos Pasos a favor de los controles. El hallazgo de un peor desempeño de los pacientes bipolares en relación a los controles en este test, que evalúa cognición social, contrasta con la observación clínica del desempeño social de estos pacientes. Por ello, se decidió descomponer el puntaje total de dicho test, en otros dos subpuntajes, uno para el componente afectivo (que implica la capacidad de detectar si alguien dice algo que no debiera haber dicho o "mete la pata") y otro para el componente cognitivo del test (que implica poder responder a la pregunta "¿por qué lo dijo?"). Al comparar los puntajes de los pacientes bipolares con los controles se encontró un desempeño significativamente más afectado de los pacientes en el componente cognitivo de la prueba, mientras que en cuanto al desempeño en el componente afectivo del test no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles. Concluimos entonces que el peor desempeño de los pacientes observado en cognición social (Teoría de la mente) podría ser secundario a los déficits en el funcionamiento neurocognitivo (por ejemplo en funciones ejecutivas) y no debido a fallas primarias en el procesamiento emocional.

Evidenciamos un desempeño significativamente más afectado de los pacientes en relación a los controles en los dominios de velocidad de procesamiento y memoria verbal, con tamaños de efecto grandes, y en funciones ejecutivas y atención, con tamaños de efecto medianos. Consideramos que la alta magnitud del déficit hallado en velocidad de procesamiento podría explicarse porque en nuestro estudio se incluyeron pacientes inmediatamente recuperados del episodio de manía, que se encontraban recibiendo dosis de medicación elevadas por corresponder al tratamiento del episodio agudo y que probablemente interfirieron con el rendimiento en tests dependientes del tiempo para su puntuación.

Podemos concluir entonces que el principal hallazgo de nuestro estudio es que los déficits neurocognitivos descritos en el trastorno bipolar se hallan presentes desde el inicio de la enfermedad. Nuestros hallazgos coinciden con los reportados en la literatura sobre el tema.

TABLA 1.
COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO ENTRE PACIENTES
Y CONTROLES EN LOS DISTINTOS DOMINIOS COGNITIVOS EVALUADOS

Dominio (prueba)	Pacientes (n=11) [Media; DS]	Controles (n=17) [Media; DS]	P
Memoria (recuerdo diferido)	9,2 (2,5)	11,2 (2,3)	0,05
Atención (Stroop palabras)	42,5 (10,9)	47,5 (6,1)	0,13
Funciones ejecutivas (TMTB)	112,4 (41,5)	62,8 (22,9)	<0,01 **
Funciones ejecutivas (Stroop Interferencia)	48,9 (5,2)	52,4 (9,7)	0,23
Working Memory (SPANIndirecto)	4,5 (1,6)	4,9 (1,0)	0,44
Velocidad de Procesamiento (TMTA)	37,5 (16,8)	22,9 (6,4)	<0,01 **
Procesamiento emocional (Ekman total)	45 (5,7)	49,3 (6,0)	0,09
Teoría de la mente (Falsos Pasos)	29,1 (5,2)	34,5 (3,6)	<0,01 **
Teoría de la mente emocional (Reconocimiento)	24,4 (3,6)	26,7 (2,3)	0,13
Teoría de la mente cognitiva	4,7 (2,3)	7,8 (2,0)	<0,01 **
Toma de decisiones (IOWA dinero total)	309,0 (1342,5)	1448,6 (1983,1)	0,13

Valores de p calculados a través del test T de student

TABLA 2.
TAMAÑOS DE EFECTO PARA LOS PRINCIPALES DOMINIOS

Dominio (Prueba)	Tamaño de Efecto (Cohen's d)
Memoria (<i>recuerdo diferido</i>)	0,8
Atención (<i>Stroop Palabras</i>)	0,6
Velocidad de procesamiento (<i>TMTA</i>)	1,2
Funciones ejecutivas (<i>Stroop Interferencia</i>)	0,5
Working Memory (<i>Span indirecto</i>)	0,4

Lee y col. publicaron en el año 2014 el primer metaanálisis sobre funcionamiento neuropsicológico en el primer episodio de trastorno bipolar, en donde consideraron como primer episodio tanto aquellos maníacos como hipomaniacos, mixtos, depresivos y psicóticos, incluyendo además pacientes eutímicos y sintomáticos. Encontraron que ya en el primer episodio de trastorno bipolar se hace evidente una amplia disfunción neuropsicológica, observando déficits cognitivos en varios dominios, con un tamaño de efecto de moderado a grande en atención, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento, y un tamaño de efecto de pequeño a moderado para los dominios de memoria y aprendizaje verbal, switch atencional y fluencia verbal. Memoria y aprendizaje visual fue el único dominio hallado indemne entre los evaluados. Encuentran en este metaanálisis que el abuso de sustancias no afectó la magnitud del déficit cognitivo.

En la Revisión publicada por Daglas y col. en el año 2015 se consideraron 7 estudios (5 de estos 7 incluidos también el metaanálisis de Lee) evaluándose diferentes dominios cognitivos en pacientes con un primer episodio de trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo (maníaco o mixto), incluyendo tanto pacientes en fase aguda como pacientes en remisión. En los pacientes en fase aguda la evaluación cognitiva se limitó a funciones ejecutivas y sólo se encontró deterioro en flexibilidad cognitiva. En los pacientes cursando la fase de remisión se encontraron déficits en múltiples dominios cognitivos, aunque los hallazgos fueron mixtos, resultando más consistentes los siguientes: déficit en memoria de trabajo, e indemnidad en fluencia verbal y memoria no verbal. Aclaran los autores como limitación de la revisión diferencias en la severidad clínica de los pacientes incluidos y en la calidad de diseño de los estudios, lo que explicaría los diferentes hallazgos en cuanto a dominios cognitivos afectados.

Torres y col en un estudio del año 2010 encuentran que los pacientes bipolares recientemente recuperados de su primer episodio maníaco/mixto presentan un desempeño más pobre en relación a los controles sanos (apareados por edad, sexo,

años de educación y CI premórbido) en tests que evalúan razonamiento espacial, memoria, atención sostenida y funciones ejecutivas, con tamaños de efecto medianos.

Deben ser tomadas en consideración algunas limitaciones metodológicas del presente estudio que podrían influir en la validez de nuestros hallazgos. En principio debemos destacar como limitación el bajo tamaño muestral de nuestro estudio (once pacientes). Esto expone a una mayor probabilidad de error tipo beta debido al bajo poder estadístico. Adicionalmente, los pacientes incluidos en nuestro estudio se encontraban recibiendo tratamiento psicofarmacológico, y no fue posible evaluar la influencia del mismo en su desempeño cognitivo. Se ha reportado en la literatura que el tratamiento con psicofármacos comúnmente utilizados en el trastorno bipolar, como estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos influyen en el desempeño neurocognitivo de estos pacientes (Wingo y col., 2009). Algunos de ellos además presentaban antecedentes de consumo de sustancias, lo cual podría también influir en su desempeño neurocognitivo.

Podemos concluir de nuestro estudio entonces que los déficits cognitivos en el Trastorno Bipolar están presentes desde el inicio de la enfermedad y no emergen únicamente como efecto tóxico de sucesivos episodios afectivos. La magnitud de los déficits cognitivos hallados impresiona ser similar a la presente en etapas avanzadas de la enfermedad (Bora y col., 2009; MannWrobel y col., 2011), lo que iría en contra de una teoría de progresión de las fallas cognitivas a lo largo de la misma. Sin embargo consideramos que solamente podremos dilucidar esta controversia en relación a la trayectoria longitudinal de la disfunción cognitiva en el trastorno bipolar mediante estudios longitudinales de seguimiento de pacientes bipolares tras su primer episodio afectivo, con evaluaciones neuropsicológicas periódicas, incluyendo además grupos controles, y con adecuado control de variables que se saben influyentes en el desempeño en dichas pruebas, como los psicofármacos o las sustancias de abuso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berk M, Conus P, Lucas N, Hallam K, Malhi G, Dodd S, Yatham M, Yung A, McGorry P. (2007). Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, (9), 671-678.

Bora E, Yucel M, Pantelis C. (2009). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a metaanalysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord*, (113), 1-20.

Daglas R, Yucel M, Cotton S, Allott K, Hetrick S, Berk M. (2015). Cognitive impairment in first-episode mania: a systematic review of the evidence in the acute and remission phases of the illness. *International Journal of Bipolar Disorders* (3), (9)

Kapczynski F, Videira Dias V, Kauer Sant' Anna M, Noronha Frey B, Grassi Oliveira R, Colom F, Berk M. (2009). Clinical implications of a staging model for Bipolar disorders. *Expert Rev. Neurother*, (9), 957-966.

Lee, R.S., Hermens, D.F., Scott, J., RedobladoHodge, M.A., Naismith, S.L., Lagopoulos, J., Griffiths, K.R., Porter, M.A., Hickie, I.B. (2014). A metaanalysis of neuropsychological functioning in first-episode bipolar disorders. *Journal of Psychiatry Research*, (57), 1-11.

MannWrobel MC, Carreno JT, Dickinson D. (2011). Metaanalysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar Disorders*, (13), 334-342

Martínez Arán A, Vieta E, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Goikolea JM, Salameo M, Malhi GS, Gonzalez-Pinto A, Daban C, Álvarez Grandí S, Fountoulakiz K, Kaprinis G, Tabares Seisdedos R, Ayuso Mateos JL. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, (9), 103-113

Martino D, Strejilevich S, Marengo E, Igoa A, Fassi G, Teitelbaum J, Caravotta P. (2013). Relationship between neurocognitive functioning and episode

recurrences in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, (147), 345-351

Robinson L, Ferrier N. (2006). Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disorders*, (8), 103-116

Scápola M, Igoa A, Marengo E, Ais E, Perinot L. (2008). Heterogeneity in cognitive functioning among patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, (109), 149-156

Torres J, DeFreitas VG, DeFreitas CM, Kauer Sant' Anna M, Bond D, Honer W, Lam R, Tatham L. (2010). Neurocognitive functioning in patients with bipolar I disorder recently recovered from a first manic episode. *Journal of Clinical Psychiatry* (71) (9), 1234-1242.

Wingo AP, Wingo TS, Harvey PD, Baldessarini RJ. (2009). Effects of lithium on cognitive performance: a metaanalysis. *J Clin Psychiatry*. (70), (11), 1588-97.

RICARDO BERNARDI
CONSTANZA DUHALDE
DIANA SILVIA KLAJN
DIEGO J. MARTINO
MARIELA NABERGOI
MARÍA MARCELA BOTTINELLI
FLAVIA TORRICELLI
DANIEL VIGO

— Foto: Catalina Boccardo

Investigar



1

¿Qué es para usted investigar y cómo desarrolla dicha actividad en su campo de práctica?

2

¿Qué lugar tuvo la investigación en su formación? ¿Qué obstáculos encontró llevando a cabo esta tarea?

3

¿Qué considera que sería necesario investigar y con qué fines? Hacia dónde cree que tienden a dirigirse las investigaciones en su campo?

01

Ricardo Bernardi

Médico Psiquiatra (UdelaR). Psicólogo (UBA). Psicoanalista (Asociación Psicoanalítica del Uruguay). Profesor Emérito de la Facultad de Medicina. Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay.

La investigación ha sido a lo largo de mi vida una salida frente a un dilema que se me ha planteado muchas veces. Varias teorías me resultaron fascinantes, pero a la vez, no podía evitar una actitud de escepticismo ante ellas. Sentía que había demasiadas teorías y muchas veces escasos fundamentos. El único camino posible era investigar los argumentos en los que se apoyaban.

Cuando era estudiante de Medicina tuvo mucha influencia en mí trabajar en el equipo del Profesor Caldeyro-Barcia, una figura importante de la investigación biomédica en Uruguay. Fue uno de los primeros en poner a prueba muchas de las creencias relacionadas con los factores perinatales y su influencia en el desarrollo neuropsíquico del niño.

Por ese mismo tiempo, ejercí como docente en la Cátedra de Epistemología de la Facultad de Humanidades y Ciencias; en una época en la que las creencias del empirismo lógico sobre cómo debía ser la ciencia eran cuestionadas por la observación de cómo la ciencia se desarrollaba realmente. Leí con avidez a Kuhn, Feyerabend, Toulmin, etc.

En esa misma época (1970) me formé como Psiquiatra en un momento en el que la orientación dominante de Henry Ey y la psiquiatría clásica eran confrontadas por los criterios más pragmáticos y científicos (o científicistas) de origen norteamericano, a partir del DSM-III.

También mi formación psicoanalítica ocurrió en un contexto de confrontación de ideas. La tradición kleiniana de los primeros tiempos dio paso a un pluralismo teórico y técnico. Téngase en cuenta que en Uruguay la entrada de Lacan en la Asociación Psicoanalítica ocurrió muy tempranamente, en la década del 70'. Mis primeras lecturas, por tanto, incluyeron autores muy diversos: Klein, Bion, Winnicott, Lacan, etc.

Investigar fue, entonces, la única solución posible que encontré para evitar la confusión o la insoportable levedad de un eclecticismo en el que todo vale ¿Cuáles ideas entre las múltiples disponibles eran las que mejor se ajustaban a la indagación clínica o a las metodologías extra-clínicas?

Al escribir estas líneas, tomo conciencia de que comencé por una forma de investigación histórica. Formé parte de grupos de trabajo coordinados por José Bleger en Uruguay. Recuerdo la imagen de Pichon-Rivière y de Willy y Madeleine Baranger que estaban presentes en la Asociación uruguaya, fundada por ellos. Por eso, frente a las nuevas ideas, nunca pude evitar la pregunta de qué era lo que ellas me aportaban frente a los conocimientos provenientes de los viejos maestros. Debo confesar que solo muy lentamente, a través del tiempo, me fui dando cuenta de la vigencia de los primeros conceptos. Creo que este tipo de perspectiva histórica posibilita una investigación conceptual que reconoce el vino viejo en los nuevos odres. Siempre me atrajo el estar actualizado; pero al mismo tiempo que recibir

nuevos contextos para pensar los problemas, me pareció importante valorar las viejas respuestas que podían continuar siendo desarrolladas a partir de estos lenguajes renovados.

En la década de los 90' me impactó descubrir la pujanza de la investigación empírica sistemática en el campo de la psicoterapia y del psicoanálisis. El contacto con figuras como Horst Kächele o Peter Fonagy fue de mucha influencia en mi modo de pensar, pues me mostraron que muchas preguntas podían ser abordadas a la vez desde la clínica y desde múltiples metodologías rigurosas. Lo mismo ocurrió en las últimas décadas con el aporte del neuropsicoanálisis y de las neurociencias.

A lo largo de todo este camino, "investigación" es la palabra clave. También la triangulación de los conocimientos y la búsqueda de consiliencia. Esto implica aceptar la tensión que se crea cuando los resultados que surgen de una determinada metodología o posición teórica son confrontados con los que nos ofrecen otras perspectivas. Por lo común surgen entonces tensiones, confirmaciones y cuestionamientos. Es esta interacción la que impulsa nuevos avances, promueve nuevos métodos y hace surgir formulaciones teóricas innovadoras. Debemos aceptar, entonces, que ciertas ideas sean reforzadas o cuestionadas y esto requiere nuevas investigaciones.

Más que un investigador me considero un clínico que buscó mantener lo que Marta Nieto llamaba una "actitud de investigación", o sea, de continuo cuestionamiento y búsqueda de nuevos caminos de puesta a prueba de las convicciones.

En América Latina es necesario desarrollar múltiples campos de investigación, en especial aquellos que pueden tener mayor incidencia en la calidad de la atención a la población. En Uruguay estamos viviendo la incorporación de la psicoterapia al Sistema de Salud. Con un grupo de colegas uruguayos hemos estado trabajando en el tema de la Formulación Psicodinámica del Caso y su uso como herramienta conceptual. Este interés se suma al de estudiar la evolución de los pacientes en tratamientos psicoanalíticos o psicoterapéuticos. En el marco del Comité de Observación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional desarrollamos "El modelo de los tres niveles para observar las transformaciones del paciente", que busca dar respuestas desde el campo clínico a la pregunta de qué cambia a lo largo de los tratamientos psicoanalíticos o psicoterapéuticos, manteniendo siempre abiertos los puentes con otras metodologías de investigación que también se interesan por el estudio del proceso y los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos. Todo esto me ha llevado a privilegiar una perspectiva teórica guiada por la clínica en vez de una clínica guiada por la teoría. Es en la tensión que surge entre lo que observamos en nuestra práctica y lo que nos aportan otras metodologías de investigación que se abre la posibilidad del surgimiento de nuevos conocimientos.

■ Dra. en Psicología UBA. DEA en Psicología Clínica Psicoanalítica en la Universidad de París V. Docente e investigadora en la Facultad de Psicología UBA (programación UBACyT). Fue parte del equipo profesional de Jakaira, Centro especializado en Adolescencia, Primera Infancia y Maternidad/Paternidad, durante 10 años. Es miembro de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis.

Investigar, sobre todo, es animarse a pensar y a tener el atrevimiento de desear aportar algo nuevo en un territorio en que muchas veces podemos sentir que todo está dicho. Partiendo desde allí, lo primero es suponer que uno sabe muy poco e ir a buscar de la manera más extensa posible qué es lo que hay para aprender sobre un determinado tema. Y así llegan las preguntas. Y la posibilidad de responder parcialmente a alguna de ellas.

Este no es un camino que uno hace solo. Para investigar es central estar en compañía. Es esencialmente una tarea grupal, porque de a varios se piensa mejor, porque la investigación es por momentos muy árida y se hace complejo avanzar y, sobre todo, ¡porque hay mucho trabajo por hacer! A la vinculación interna de un grupo, se suma, o debería sumarse, la necesidad de hacer red con otros investigadores y equipos, tanto cercanos como extranjeros.

Siendo parte de un equipo de investigación de la UBA, puedo verme beneficiada por la fuerza del grupo que sostiene a través del tiempo y de los vaivenes de la tarea. En la composición de mi práctica, es un espacio grupal sostenido, con diferentes ritmos de acuerdo a la etapa del trabajo en la que nos encontramos. No se trata de una actividad exclusiva y bastante seguido requiere de cierto arte acomodar tiempos y espacios para poder seguir adelante.

Sobre la formación podría decir que en mi caso, más que pensar que la investigación tuvo un lugar en mi formación diría que la investigación abrió mi espacio de formación. Investigar, pienso, formó desde el principio parte integral de mi trabajo y de la manera de pensar las situaciones cotidianas en esta profesión, ya sea dentro del consultorio, en la tarea institucional o dentro del encuadre formal de una investigación. Desde ese punto de vista, es difícil, incluso, pensar en formación específica en investigación porque mi formación como investigadora se dio en un proceso durante el cual lo central fue ir haciendo, observando, escuchando a otros que ya estaban transitando el camino.

Sí puedo decir que, en parte, el origen del problema está en el modo en que se dio mi formación académica como psicóloga

en la UBA. Si bien creo que el nivel de formación que recibí fue muy bueno, la modalidad de transmisión en ese momento (estoy hablando de finales de los '80) incluía discursos a veces totalizantes, que aunque fascinantes, me ponían en un lugar de receptora de algo así como una "verdad revelada". Y lo que me sucedía frente a esto era que me daban ganas de entender cómo se había llegado hasta esas conclusiones, saber cómo había sido o sería la "cocina" de la producción del conocimiento. Tuve la fortuna, creo, de haberme cruzado con generosos maestros, que me fueron acompañando y me transmitieron algunos secretos del arte de esta "cocina" particular.

De un modo impensado este deseo me llevó a ser investigadora primero en un espacio institucional privado y desde allí de retorno a la facultad, para integrar una de las primeras camadas de becarios investigadores en la Facultad de Psicología. Todavía me asombra observar el gran despliegue que tiene actualmente el Congreso de Investigación que se organiza allí cada año, a comparación de la mínima dimensión de lo que fueron en un momento inicial, hace más de 20 años, las Primeras Jornadas de becarios. Con suerte llegábamos a ser 20 o 30. Esto permite dimensionar el crecimiento que tuvo no sólo el interés por investigar sino las posibilidades reales de hacerlo en las últimas décadas.

Con respecto a los obstáculos, por supuesto la financiación es una de las mayores dificultades con que nos encontramos. En salud mental las fuentes de financiación son escasas y muchos los investigadores que recurren a ellas. Por otra parte, no puedo imaginar, al menos desde mi experiencia, una práctica investigativa en salud mental que no tenga fuerte conexión con el terreno de la intervención. En este sentido, al menos en el campo que me concierne, el de la primera infancia, tal vez falte todavía desarrollar en las instituciones espacios conjuntos de clínica e investigación. Si esto fuera logrado, creo que sería interesante en nuestro medio investigar acerca de detección temprana de riesgo en el desarrollo emocional y los efectos de una intervención también temprana. Evaluar diferentes modelos de intervención, adecuados a nuestra población, constituiría un aporte importante.

03

Diana Silvia Klajn

Médica especialista en Neurología, Medicina Legal, y Estadística para Ciencias de la Salud. Docente de la Facultad de Medicina de la UBA. Secretaria del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Tornú.

Me han invitado a escribir sobre un tema que desde siempre me ha apasionado, la investigación. Pero ¿qué es realmente “investigar”?

En términos estrictos se define a la investigación como la “creación de conocimiento”. Para la mayoría de aquellos que de alguna u otra forma realizan algún tipo de investigación, no es otra cosa que intentar responder alguna duda puntual sobre algún tema específico de su campo de práctica. En mi caso particular, con muchos años de actividad asistencial, “investigar” es dar un paso más allá hacia una visión mucho más macro de la asistencia para poder determinar no cuál debería ser la mejor conducta a seguir frente a un paciente individual sino cómo poder modificar la asistencia y el bienestar de toda una población o de una parte de ella. Es pasar de un tipo de pensamiento centrado en el individuo a otro centrado en la población.

Si bien mi especialidad primaria es la Neurología, desde mis primeros días de formación como residente siempre me interesaron las complicaciones neurológicas de las enfermedades generales o los distintos determinantes de las enfermedades del sistema nervioso, es decir que mi verdadero interés primario fue siempre la Epidemiología, especialidad centrada esencialmente en la investigación, que entonces no existía como tal en el país.

Hablar de mi formación en investigación es decir que fue en su mayor parte autodidacta o más estrictamente autoformadora. Durante mis estudios de grado (1975-1980) la investigación no formaba parte de la currícula de la carrera de Medicina, y mi primer y único contacto con algunos elementos de medición de eventos fue el que me aportó en forma disgregada y poco práctica la Salud Pública. A pesar de ello, ni bien ingresé a la Residencia de Neurología en el Hospital Ramos Mejía, comencé lo que sería mi primer trabajo de “investigación” prospectivo con pacientes con metástasis (MTS) cerebrales sometidos a distintos tipos de tratamiento, tema que a casi ningún neurólogo

ni oncólogo le interesaba sobre todo por los resultados limitados. En ese momento la Neurología comenzaba a perfilarse subdividida en distintas áreas y los trabajos que se realizaban eran cada vez más específicos, sostenidos en su mayor parte por la industria y mis compañeros de residencia se fueron orientando hacia esos temas, mientras yo seguía con mi trabajo sobre MTS con el apoyo incondicional de uno de los Jefes de Sala, el Dr. David Monteverde, fallecido ya hace muchos años, del que guardo el mejor de los recuerdos y al que debo el mayor de los agradecimientos.

Después de la residencia ingresé en 1991 al Hospital Tornú donde comencé a trabajar en complicaciones neurológicas de la infección por HIV, tema con el que aún trabajo. Mi formación posterior fue casi exclusivamente en el área de la investigación, la epidemiología y la estadística. Mi posición como Secretaria del Comité de Docencia e Investigación desde hace más de 12 años me ha permitido afianzar mis conocimientos en este campo, transmitirlos y extenderlos más allá de la Neurología, ya que actualmente participo como asesora metodológica y estadística en distintos proyectos fuera de mi especialidad.

Mi opinión luego de estos años de experiencia es que sin duda alguna la Metodología de la Investigación debe formar parte de la currícula de la carrera de Medicina, aunque no todos se verán inclinados a seguirla como opción única o asociada a la práctica asistencial. En concordancia, creo que todos los programas de residencia deberían incluir un proyecto de investigación a desarrollar durante los años de formación.

En conclusión, la investigación en la práctica médica es un campo claramente en expansión. A aquel que le guste y desee proseguirla debería considerar no sólo la realización de estudios primarios originales sino la posibilidad de realizar estudios de revisión o metaanálisis que permitan responder rápidamente con datos generados por otros los continuos desafíos que esta profesión nos plantea.

Médico especialista en psiquiatría. Especialista en estadística para ciencias de la salud. Magister en psiconeurofarmacología. Doctor en medicina. Investigador adjunto del CONICET. Programa de Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro.

¿Qué es para usted investigar y cómo desarrolla dicha actividad en su campo de práctica?

Entiendo la investigación como un modo de generar conocimiento en una disciplina determinada, el cual se apoya en la generación de preguntas y respuestas a través de un modo sistematizado denominado método científico.

Yo trabajo en el marco de un equipo que se constituyó hace 12 años con la idea de articular la actividad asistencial con la investigación y la docencia. Actualmente somos 7 psiquiatras y 3 psicólogos y varios tenemos líneas de investigación propias. En el equipo los datos del seguimiento de pacientes se relevan de una manera estandarizada (basados en escalas, gráficos vitales, etc) lo cual facilita mucho las actividades de investigación. Más allá de esto, dependiendo del protocolo, los pacientes pueden ser citados en un horario por fuera de sus consultas de seguimiento para realizar alguna evaluación especial.

Por otra parte, en el último año, junto a una becaria del CONICET y algunos psiquiatras de planta comenzamos un protocolo de investigación en pacientes internados por episodio depresivo mayor en el Hospital Alvear.

También, junto a una patóloga y un nefrólogo del CONICET iniciamos un proyecto de investigación básica sobre nefropatía inducida por litio que se desarrolla en la Facultad de Medicina de la UBA y el Hospital Alemán. Este es el único proyecto que requiere de conseguir subsidios para los materiales necesarios (animales, reactivos de laboratorio, etc), mientras que el resto de las investigaciones (que sólo requieren una computadora y gastos de librería) las sostenemos con dinero propio.

¿Qué lugar tuvo la investigación en su formación?

¿Qué obstáculos encontró llevando a cabo esta tarea?

En el 2003, cursando mi tercer año de la residencia de psiquiatría, realicé una rotación libre de 4 meses en el Laboratorio de Investigación de la Memoria del Hospital Zubizarreta. En aquel lugar por primera vez conviví con gente que realizaba investigación y la experiencia me resultó muy interesante y estimulante. Al finalizar los 4 meses, les propuse a dos de mis referentes durante aquella rotación realizar un trabajo de investigación sobre la relación entre funciones cognitivas vinculadas al lóbulo frontal y síntomas negativos en la esquizofrenia. Afortunadamente estuvieron de acuerdo y me facilitaron las escalas y tests necesarios para realizar el trabajo. De vuelta en el Hospital Alvear la tarea no fue sencilla, ya que en aquel entonces no se solían desarrollar actividades de investigación, por lo que -por ejemplo- se demoraba un poco más de lo deseable para la aprobación de un protocolo por parte del CODEI y del Comité de Bioética, o para conseguir que colegas derivaran a pacientes para un estudio, etc. También en aquella época comencé a realizar mis primeros

cursos sobre procesamiento estadístico de datos, acerca de lo cual no tenía ninguna formación. Ninguna de estas dificultades fueron insalvables y el estudio se pudo hacer, y algunos años más tarde se transformó en mi primera publicación científica.

Desde entonces nunca dejé de realizar actividades de investigación asociadas a la asistencia de pacientes, lo cual considero que ha sido de mucha importancia para mi formación hasta la actualidad. Poder formular una pregunta y desarrollar un estudio para responderla requiere un conocimiento profundo del tema en cuestión.

¿Qué considera que sería necesario investigar y con qué fines? ¿Hacia dónde cree que tienden a dirigirse las investigaciones en su campo?

Es difícil contestar esta pregunta brevemente... Creo que dos de los grandes ejes de la investigación de los últimos años respecto de los trastornos psicóticos y del estado del ánimo fueron la búsqueda de marcadores biológicos/mecanismos fisiopatológicos asociados a los mismos y el desarrollo de nuevos tratamientos. Lamentablemente los resultados han sido muy pobres y se propuso (con lo cual coincido) que esto probablemente sea debido a las profundas falencias de las nosologías oficiales actuales como el DSM-5. En otras palabras, entiendo que es difícil (si no imposible) sostener en la actualidad que los criterios de esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, o trastorno bipolar del DSM-5 definan entidades nosológicas discretas y, por lo tanto, esto limita tanto la posibilidad de rastrear sus sustratos fisiopatológicos como la de desarrollar terapéuticas efectivas.

Considero que desde la descripción de los Criterios de Feighner en la Universidad de Washington y, posteriormente, los Criterios Diagnósticos de Investigación, hasta las sucesivas ediciones del DSM-III al DSM-5, la operacionalización de los criterios diagnósticos estuvo basada más en opiniones clínicas que en datos derivados de la investigación. Por este motivo no estoy demasiado de acuerdo cuando se pretende el "abandono" de modelos categoriales en favor de abordajes más dimensionales. Por el contrario, creo que sería conveniente intentar identificar a través de investigación empírica fenotipos más homogéneos dentro de las categorías actuales, basados en la psicopatología, curso clínico/evolución funcional, datos genéticos/de laboratorio, y respuesta al tratamiento.

Respecto de los tratamientos, más allá de los recursos farmacológicos, creo que ha habido una rémora en el desarrollo de intervenciones psicosociales como por ejemplo técnicas de remediación funcional o rehabilitación cognitiva. También me resulta interesante pensar en cómo otro tipo de intervenciones, como programas de reinserción laboral, pudieran modificar el curso clínico de algunos de estos trastornos.

Mariela Nabergoi

■ Lic. en Terapia Ocupacional, Especialista en Metodología de la Investigación Científica, Dra. en Salud Mental Comunitaria. Coordinadora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, UNLa. Integrante de la Comisión de Salud Mental de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. Docente de grado y posgrado. Asesora metodológica de proyectos de investigación e intervención. Integrante de equipos de investigación en universidades nacionales.

María Marcela Bottinelli

■ Lic. en Psicología, Esp y Mg. en Metodología de Investigación Científica y Dra. en Salud Mental Comunitaria. Profesora Investigadora en la UNLa y en la UBA en grado y posgrado. Directora de Evaluación y Gestión Académica de la UNLa y Miembro de la Dirección de Planificación y Evaluación de la UNLa. Investigadora Cat. I del Sistema Nacional Argentino. Miembro de las redes de evaluación Relac y EvaluAR, Miembro fundador de los Grupos de Trabajo de Psicología Social Comunitaria y Psicología Educacional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Miembro externo del Comité de ética del Hospital J.T. Borda. Miembro del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, de la CONISMA-Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. Evaluadora para la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) como par evaluador experto. Asesora y evaluadora para diferentes programas y proyectos, ha participado en consensos internacionales sobre indicadores para la Evaluación de Políticas Públicas. Compiladora de 3 libros y Autora del Libro: Metodología de Investigación: herramientas para un pensamiento científico complejo (con ya 5 ediciones).

¿Qué es para ustedes investigar y cómo desarrollan dicha actividad en su campo de práctica?

Investigar es parte de nuestro quehacer cotidiano. Trabajamos en la universidad, y en ella los procesos de enseñanza y aprendizaje, la investigación y la cooperación son los pilares fundamentales que retroalimentan las prácticas. En ese marco nos proponemos aportar al abordaje de las necesidades sociales sistematizando y produciendo conocimientos, por ejemplo, a través de la investigación.

En nuestro campo de la salud mental comunitaria trabajamos por un lado, haciendo investigaciones que contribuyan a su desarrollo. Por ejemplo, en este momento estamos trabajando en recuperar las propuestas formativas fundantes que marcaron la singularidad del campo en nuestro país como la del servicio de Psicopatología del Hospital Araoz Alfaro a cargo de M. Goldenberg. También estamos por comenzar a revisar la adecuación de las currículas de carreras de salud a nivel universitario a las recomendaciones surgidas de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26657 como parte de una estrategia de seguimiento de la implementación de la Ley. Por otra parte, trabajamos permanentemente andamiando distintos procesos de producción de conocimientos en el campo con becarios, tesistas, grupos de profesionales, residentes, equipos y otros interesados en poder dar cuenta de forma sistemática de los conocimientos, reflexiones, revisiones y resultados que se producen en las prácticas cotidianas, en la gestión y en los diferentes espacios de trabajo.

¿Qué lugar tuvo la investigación en su formación?

Si bien en la formación de Psicología tuvimos un curso de Metodología y Epistemología y otro de Estadística, fue en la incorporación como auxiliar docente a la primer materia en la cátedra del Dr. Juan Samaja, y en la inclusión en equipos de investigación -al comienzo como becaria y luego en toda la carrera de investigación, hasta dirigir y evaluar proyectos- que se desarrollaron los aprendizajes que integramos en nuestras prácticas.

En el caso de Terapia Ocupacional la formación, como en todas las actuales carreras de licenciatura, también incluye una materia específica destinada a la producción de conocimientos con similares contenidos. Al comienzo también fue como becaria, estudiante y docente auxiliar en la cátedra que dirige Marcela Bottinelli: aquí, la tradición en investigación en la Universidad es todavía más incipiente, con algunas excepciones, aunque en los últimos años se está desarrollando más.

¿Qué obstáculos encontraron llevando a cabo esta tarea?

Por un lado están los prejuicios para todas las ciencias sociales y humanas respecto de la legitimidad, validez, pertinencia de las metodologías, confiabilidad y alcance de las conclusiones de la producción de conocimientos en sus campos disciplinares. Este es un obstáculo con el que no dejamos de enfrentarnos cotidianamente, y particularmente en salud y salud mental. Sin embargo, sí hemos podido construir algunas respuestas para estos cuestionamientos o prejuicios al respecto.

Otro obstáculo es que la investigación muchas veces es considerada como requisito curricular, o para el desempeño en un área específica (ej. tesis, trabajos de ascenso, trabajos en hospitales, residencias, concursos, etc.), y que muchas veces se piensa como individual y no como un trabajo que requiere de horarios, formación, trabajo en equipo, supervisión y remuneración.

¿Qué consideran que sería necesario investigar y con qué fines? ¿Hacia dónde creen que tienden a dirigirse las investigaciones en su campo?

Creemos que lo más importante es revisar que la producción de conocimiento debe estar al servicio de las necesidades sociales en forma contextualizada y articulada, y que las meto-

dologías deben permitir abordar los problemas e interrogantes en su complejidad y no que éstos tengan que adecuarse a formatos preestablecidos.

En salud mental comunitaria necesitamos, por ejemplo, de investigaciones que den cuenta de los resultados de las acciones en los contextos reales de vida, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado, sistematización de experiencias de dispositivos, investigaciones que puedan dar cuenta de las voces y perspectivas de los diferentes actores implicados (usuarios, familiares, agentes comunitarios, trabajadores de salud, justicia, gestores, empresas, emprendimientos, asociaciones, etc.), respetando las polifonías y diversidades que permitan identificar las tensiones y potencialidades.

06

Flavia Torricelli

Psicóloga. Dra. en Psicología UBA. Investigadora UBA y Docente de la práctica profesional "Clínica de los trastornos de personalidad y la psicosis"- Prof. Etchevers, Fac. de Psicología UBA. Docente de "Problemática de la Salud Mental en Argentina" de la Carrera de Trabajo Social- Prof. Silvia Farone, Fac. de Ciencias Sociales, UBA. Tutora de diversos becarios.

Investigar: una tarea ineludible y con múltiples obstáculos

Si la salud mental es al campo médico la pariente pobre o excluida, la investigación en salud mental lo es más aún, con excepción esta última de cumplir con la tarea de producir datos duros o promover información relativa a la efectividad de tal o cual psicofármaco que asegure alguna clase de felicidad veloz.

La investigación en el campo de la salud mental con empleo de metodologías cualitativas ha venido teniendo a lo largo de los años varios frentes donde dar batalla. El de los discursos donde reina la científicidad dura respondiendo a estructuras epistemológicas rígidas, el de la ortodoxia de ciertos marcos teóricos hegemónicos que son expulsivos de una perspectiva investigativa, el de las inercias sin un criterio específico y justificado, y el de algunas corporaciones que esperan que no se divulguen o se denuncien ciertas realidades.

En ese punto considero que investigar tiene como fin primero e ineludible transformar la realidad existente, conociéndola mejor para cambiarla, generando más conocimientos, más porqués, construyendo más metodologías.

Siendo actores y formando parte del campo en el que estamos inmersos; admitiendo que ocupamos un lugar no neutral en él, nos compete transformar nuestras prácticas, aportando soluciones a problemas reales que surgen en nuestros ámbitos de trabajo.

Sin embargo, en ocasiones las investigaciones están más al servicio de satisfacciones personales, narcisistas, propias del sistema académico que se nutre y se reproduce en y con las publicaciones en medios reconocidos, "validados científicamente". En esos casos no se terminan generando insumos útiles para transformar la realidad. En otras situaciones, los datos hallados terminan divorciados de quienes son un polo fértil para poder operar con ellos. Este divorcio se ubica entre lo académico, lo estadístico y los tomadores de decisiones, o también respecto del personal que trabaja en salud y los usuarios/destinatarios de esos cuidados que son los realmente perjudicados.

Otro punto a señalar radica en que dentro del campo de la salud mental existen "problemas en salud" que no están contemplados en los manuales estadísticos, ni dentro de los estándares tradicionales, y resulta doblemente necesario investigar en salud/salud mental para poder conocer y albergar toda esa masa de situaciones "complejas" cada vez más urgidas de ser pensadas y resueltas (violencia familiar y escolar, consumo problemático, vidas enteras institucionalizadas, accesibilidad en salud, vulneración de derechos, entre otros). De ahí la necesidad de aprender empíricamente, producir insumos, construir datos, generar nuevas técnicas, rediseñar políticas públicas y planificar en salud/salud mental. Esta última no puede ser considerada sino desde una articulada concepción técnica, política y ética. En conjunción con esta

perspectiva tanto la investigación como su abordaje tienen que ser planteados desde la una rigurosa articulación interdisciplinaria, con la combinación de saberes, categorías y metodologías distintas. Hecho que conlleva necesariamente admitir los límites del propio conocimiento y el consecuente enlace con otros marcos teóricos.

La necesidad de reestructuración del proceso-salud-enfermedad-atención en el campo de la salud mental es aún una deuda que continúa pendiente. Y en ese punto como trabajadores de la salud e investigadores nos compete afrontar esa dificultad.

Entre los motivos que se desprenden de la falta de perspectiva investigativa -en nuestro medio- destaca que la formación en investigación tanto a nivel académico en el grado, así como también en el sistema de salud, es escasísima. La investigación tampoco ha estado contemplada dentro de las residencias en salud mental de manera sistemática, ni como práctica ni como teoría. Y actualmente son pocas las instancias donde se impulsa la investigación como política general de Estado. Todo ello atenta contra la inclusión de esa mirada dentro del propio acervo profesional y abona a la idea de una práctica más apegada a los modelos tradicionales y hegemónicos.

Tejiendo puentes

Dado que mi recorrido ha sido desde el inicio bifronte por un lado en lo hospitalario (residencia en salud mental, Htal. Gral. M. Belgrano, San Martín, provincia de Buenos Aires) y luego en el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (junto a Trabajo Social y Medicina General también en Htal. Gral. M. Belgrano), conjuntamente con la Universidad (siendo parte de un equipo de investigación a través de diversos UBACyT (1) en la Facultad de Psicología, UBA, dirigidos todos por Adela Duarte, pionera en la investigación en el campo de la psicoterapia y el psicoanálisis en la Argentina).

Simultáneamente estudiaba psicoanálisis, paradigma que concibe desde su origen mismo un vínculo inexorable entre curar e investigar; con la idea de que el conocimiento aporta al cambio terapéutico en la subjetividad.

Con todo ello, este esfuerzo de síntesis y de entrelazamiento de los diversos planos estuvo presente desde el comienzo mismo de mi práctica. A veces con contradicciones, otras con aciertos. Esa articulación tuvo mayor expresión cuando llevé a cabo el doctorado en psicología (UBA), donde se me imponía la relación entre la investigación, la práctica clínica, y la necesidad de generar aportes a la formación de los residentes en salud mental ligada al diseño de políticas públicas en Salud Mental.⁽²⁾

Posteriormente Alejandra Barcala me convocó junto con Julio Marotta y Patricia Álvarez Zunino a colaborar en los procesos de investigación que en parte contribuyeron a la gestación del Programa de Atención Comunitaria para niños y niñas con trastornos mentales severos o en situaciones de vida compleja (PAC, Centro de Salud Mental Nro 1, CABA). Esas investigaciones se inscribieron en una perspectiva de conjunción de Sistemas y Servicios de Salud, donde investigadores de las Unidades Académicas y de los Servicios del sector público trabajábamos en equipo. En esos años, diferentes camadas de residentes participaron de las continuas investigaciones que se llevaban a cabo tanto en lo relativo a conocer las representaciones de los profesionales de salud mental que trabajaban con la infancia en situaciones de vida compleja, o haciendo una evaluación del mismo programa⁽³⁾. Así como permitía comparar programas y experiencias, también era posible “transferir” aquellas metodologías que resultaran fértiles.

Finalmente, hace unos ocho años estoy trabajando junto a Silvia Faraone (Fac. de Ciencias Sociales, UBA) en distintos equipos de investigación con temáticas ligadas a la salud mental, las trayectorias en salud mental y los derechos humanos⁽⁴⁾.

NOTAS

1- UBACyT Directora: Dra. Adela Leibovich de Duarte. “El proceso inferencial clínico: Psicólogos y médicos en formación en el área de la salud mental” (2008-2004) Equipo junto a: Guillermina Rutzstein, Andres Roussos, Constanza Duhale, Vanina Huerin, María Eugenia Rubio, Marcela Zannotto, Santiago Juan.

2- Doctorado Facultad de Psicología, UBA Tesis: “Residentes en Psicología Clínica y en Psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas”. (2008)

3- PAC: Coordinación general: Dra. Alejandra Barcala. Asesor y supervisor: Dr. Julio Marotta, Coordinación Área clínico-comunitaria: Lic. Patricia Álvarez Zunino; Equipo: Lic. Vicente De Gemmis, Lic. Valeria González, Lic. María Florencia Brown, Lic. Cecilia Pelegrino, Lic. Micaela Weinschelbaum, Dra. María Cristina Brio, Lic. Mirta Gotlieb.

Investigaciones: a) “Prevalencia Institucional en Psicosis y Autismo Infantil en la Ciudad de Buenos Aires” Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N° 1. Hospital de Día Infantil. Hospital Ignacio Pirovano. Fundación Roemmers. Directora: Alejandra Barcala. b) “Servicios de Psicopatología y Salud mental del sector público de la ciudad de buenos aires: prevalencia institucional y respuesta asistencial a niños/as con trastornos psicopatológicos graves”. Secretaría de Ciencia y Técnica (UBACyT Facultad de Psicología). Directora: Alejandra Barcala. Co-Director, Dr. Julio Marotta. (2003-2001). c) “Análisis Evaluativo de un Programa

de Atención Comunitaria para Niños y Adolescentes con problemática mental severa en la Ciudad de Buenos Aires”. (UBACyT Facultad de Psicología) Directora: Torricelli, Flavia Codirector: Vicente Gemmis. Equipo: Lic. Paula López, María Eugenia Rubio. (2013-2011).

Actualmente (2016) Integrante del equipo “Evaluación de los servicios en salud mental en la niñez y sus modalidades de cuidado en las provincias de Buenos Aires, Chubut y Jujuy: su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental”. Beca Abraham Sonis de la Comisión Nacional Salud Investiga Ministerio de Salud de la Nación. Directora: Dra. Alejandra Barcala. Equipo con: Rocío Sánchez, Alejandro Michalewicz, Celeste Lorenzini, Belén Palacios.

4- Integrante del proyecto “Accesibilidad Y Derechos Humanos en Salud Mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego”. Proyectos Institucionales “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Coordinado: Silvia Faraone; Integrantes: Valero, Ana S.; Rosendo, Ernestina, Méndez, María J.; Geller, Yael. (2011-2010); “La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR – Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Salud: Directora: Silvia Faraone. Cecilia Arizaga. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR. (2008-2010).

1) ¿Qué función tiene la investigación? ¿cómo se piensa la investigación en su campo de prácticas?

La investigación tiene la función de extraer un saber de la experiencia. La producción de dicho saber no está en absoluto garantizada por el simple hecho de haber atravesado o tomado conocimiento de una experiencia. Hace falta un procedimiento específico para producirlo, y dependiendo del campo al que nos refiramos, dicho procedimiento debe cumplir una serie de normas predeterminadas para evitar algunos de los efectos más frecuentes de la experiencia, tal como la confusión o la interpretación errónea de los fenómenos. En mi campo de prácticas -la salud en general y la salud mental en particular- la investigación a la que nos referimos si deseamos extraer un saber generalizable sobre la experiencia es la investigación científica. La investigación científica es el abordaje sistemático de los fenómenos de la realidad con un método que permite minimizar las probabilidades de interpretarlos erróneamente. En el campo de la salud, la investigación científica se aplica a los múltiples niveles involucrados: el nivel molecular, genético, y celular; el nivel de los sistemas biológicos que componen el organismo humano, y el nivel del cuerpo como fenómeno unificador de dichos sistemas; el nivel clínico y psicológico, el nivel de las plataformas de prestación de tratamientos; y finalmente el nivel de los servicios, los sistemas, y las políticas en salud. Cada uno de estos niveles representa un campo de complejidad creciente, ya que, adecuadamente entendido, cada uno incluye al nivel anterior -aunque sólo sea bajo la forma de supuestos o modelos de funcionamiento. A partir del nivel clínico, todo modelo debe incluir al sujeto humano, con sus vicisitudes comportamentales, psicológicas, y sociales. En mi campo específico -digamos del nivel clínico para arriba- el abordaje de la investigación es necesariamente interdisciplinario -incluyendo según el tema específico alguna combinación entre las disciplinas clínicas, la epidemiología, la economía, la sociología, la antropología, la administración, la ciencia política, entre otras. Por supuesto nunca todas juntas, de lo contrario no se podría abordar ningún tema debido a su complejidad. Por eso los pasos más importantes en la investigación son la formulación de una pregunta científicamente abordable, el recorte del universo y sus condiciones de contorno, y la selección del mínimo conjunto de disciplinas y herramientas técnicas necesarias para responder a la pregunta formulada. Finalmente, con respecto a las herramientas técnicas, usualmente en la investigación de sistemas de salud requeriremos una combinación entre métodos cualitativos y cuantitativos para abordar el tema con la suficiente flexibilidad, complejidad, y rigurosidad.

2) ¿Cómo inició su recorrido en la investigación? ¿Qué lugar ocupó la investigación en su formación? ¿qué lugar debería ocupar la investigación?

En mi formación como psicólogo y como médico en la UBA,

debo decir que la investigación científica ocupó un lugar periférico. Es posible que esto haya cambiado, pero cuando me formé ambas carreras estaban pensadas con la investigación como un suplemento electivo. El riesgo de este abordaje es la generación de profesionales que repiten lo que otros investigan sin comprender acabadamente cuales son las condiciones de producción del conocimiento, lo que a su vez puede llevar a la repetición de recetas simplificadas y su aplicación indiscriminada a situaciones diversas, con resultados más o menos azarosos; o bien a la desconfianza acerca del conocimiento científico y el recurso a formas arcaicas de validación del conocimiento -como la propia experiencia, la autoridad, el *libro*, etc. Creo que debería ocupar un lugar protagónico en la formación de las grandes disciplinas de la salud como la medicina y la psicología. Yo me inicié gracias a que había decidido hacer mi internado en psiquiatría en la Universidad de Harvard, para lo que antes de venir me contacté con la Dra. Silvia Wikinski del ININFA, uno de los lugares de excelencia en la investigación básica de la UBA y el CONICET, con el objetivo de venir acá con una propuesta colaborativa de investigación de largo plazo. El proyecto específico que diseñamos nunca se llevó a la práctica porque el servicio de psiquiatría del Hospital porteño al que lo llevamos era dirigido por una persona que entendía que la investigación clínica debía hacerse "con presos, no con pacientes de hospital" (*sic*), y contaba en su equipo con otro colega que por razones éticas pensaba que la investigación clínica debía realizarse sólo sobre historias clínicas... Todo dicho con la mayor seriedad y candidez. Más allá de ese traspie, la colaboración que comencé con la Dra. Wikinski, mis colegas de Proyecto Suma, y Harvard se afianzó y en algunos casos continuó hasta la actualidad.

3) ¿Qué perspectivas tiene la investigación en el futuro? ¿para dónde va la investigación? ¿qué sería útil? ¿a qué fines?

Luego de un par de décadas de fascinación seguidas de desilusión con la investigación en psicofarmacología, creo que las áreas con mayor potencial en salud mental son la investigación de plataformas de tratamiento, servicios y sistemas de salud, especialmente la integración de la salud mental en los servicios generales y en otros sectores de intervención social. La razón es que cada vez queda más claro que se puede mejorar enormemente la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes mediante dispositivos de atención en la comunidad e intervenciones intersectoriales -incluyendo además de psicofármacos y terapia, educación, trabajo, vivienda, y derechos sociales-, más que en servicios especializados, que siempre son necesarios, pero más integrados y versátiles. Pero para realizar los cambios que hacen falta resulta imprescindible entender qué es lo que funciona y qué es lo que no funciona desde el punto de vista clínico, social, y económico.



Crianza y Filiación: en los límites del trazado de mapas de la mente de una niña



CINTIA MONTES

Licenciada en Psicología. Becaria Investigación categoría Perfeccionamiento B. Universidad Nacional de Mar del Plata / mcintiam@hotmail.com

— Foto: Luciana Sendin

RESUMEN :: Los cambios legislativos en materia de derechos de infancia requieren de otras formas de dar tratamiento social (Minnicelli, 2012) a los problemas que afectan a las nuevas generaciones. Se pretende analizar el problema del tránsito hacia la adopción de niños, niñas y adolescentes mayores de 8 años que se encuentren alojados en instituciones municipales de Mar del Plata.

A los fines del presente trabajo y guiados por el interrogante acerca de ¿Qué lugar ocupa la investigación en nuestra formación y nuestra práctica cotidiana?, se analizan y reconstruyen trayectorias de acciones e intervenciones institucionales, intersectoriales e interdisciplinarias con el fin de identificar obstáculos y posibilidades de crianza y filiación en la historia institucional de un grupo de 6 hermanos.

PALABRAS CLAVE :: Infancia - Filiación- Investigación - Prácticas profesionales

RISING AND FILIATION: WITHIN THE LIMITS OF MAPPING THE MIND OF A CHILD

ABSTRACT :: Legislative changes in the rights of children require giving other forms of social treatment (Minnicelli, 2012) to the problems affecting the new generations. I aim to analyze the problem of the transit to the adoption of children and adolescents older than 8 years old who are housed in public municipal institutions of Mar del Plata. For the purposes of this study and guided by the question: What role does research have in our training and our daily practice?, institutional, intersectoral and interdisciplinary interventions and actions trajectories are analyzed and reconstructed in order to identify obstacles and parenting and filiation opportunities in the institutional story of a group of 6 brothers. **KEY WORDS** :: Childhood - Filiation Research – Internships



“Pero en los “Había una vez...”, el niño, indemne de la carga de recuerdos del adulto, no saborea más que promesas de felicidad. Sin que se dé cuenta, esas tres palabras resbalan de un mundo maravilloso hacia ese otro, tan próximo, en que el sueño se hace posibilidad: el mundo del porvenir”

VICTORIA OCAMPO

Testimonios, tercera serie. Lecturas de Infancia publicado por primera vez en Sur, 123, enero de 1945, pp. 7-29.

En un contexto donde los cambios legislativos en materia de derechos de la infancia y adolescencia generan marcos de referencia que requieren de otras formas de dar tratamiento social a los problemas que afectan a las nuevas generaciones (Minnicelli, 2018, 2015), la Ley Provincial de Adopción N° 14.528 señala articulaciones novedosas entre el Sistema de Protección y Promoción de Derechos y el Poder Judicial, como así también modificaciones respecto de los plazos de declaración del estado de adoptabilidad.

Desde diversas líneas de investigación¹ se atiende el problema del tránsito hacia la adopción de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) mayores de 8 años que se encuentren alojados en instituciones municipales de la ciudad de Mar del Plata. Los antecedentes de las mismas, nos permiten afirmar que nos encontramos ante: a. Falta de datos públicos sistematizados que posibiliten conocer la cantidad de NNA que se encuentran en guarda institucional y/o en tránsito a una posible adopción con declaración de adoptabilidad judicial fehaciente en la ciudad de Mar del Plata; b. Diversidad de criterios en los profesionales y operadores institucionales y judiciales actuantes y la superposición de servicios de atención y equipos de intervención; c. Predominio de circuitos informales de comunicación e intervención por sobre los establecidos en la ley de acuerdo a las estructuras orgánicas de derivación formal.

Este cuadro de situación profundiza los desfases y paradojas que refieren a la forma en que la letra de la ley se traduce en las políticas públicas, tecnologías sociales, criterios profesionales y normativos que rigen las decisiones, sus efectos y derivaciones en el tiempo. Decisiones que pueden implicar fuertes efectos desubjetivantes para la vida de los NNA implicados y sus familias.

Las líneas de investigación cuentan entre sus objetivos: analizar y reconstruir trayectorias de acciones e intervenciones institucionales, intersectoriales e interdisciplinarias con el fin de identificar obstáculos y posibilidades conducentes a agilizar los procesos de adopción / padrínazgo / madrinazgo / y/o diseño de proyectos de vida para NNA en escenarios familiares. Por trayectorias se entienden posiciones sucesivas por las que pasa

un cuerpo, cuando cuerpo puede o no representar a un niño y cuando el movimiento depende del sistema de referencia en el que se describe, es decir, el punto de vista del observador.

Para el desarrollo de la investigación se utilizan legajos institucionales, casos clínicos derivados del consultorio particular, y casos atendidos en un dispositivo institucional.

En este contexto CABE CITAR a Alicia Stolkiner (1999): “En el debate actual sobre lo interdisciplinario, se superponen con una cierta yuxtaposición dos tipos de prácticas: la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. Esta yuxtaposición es esperable dado que la diferencia es de énfasis en cuanto al producto. En el caso de la investigación el énfasis es la producción de conocimientos. En el caso de los equipos asistenciales el énfasis está en la producción de acciones. Nadie, no obstante, podría separar de manera absoluta la investigación de su efecto en las prácticas y nadie podría suponer que el desarrollo de acciones no produzca, o deba producir, simultáneamente, conocimientos. Más aún, sería esperable un futuro en que esta diferencia se diluyera a su mínima expresión.” (p.1)

Es por esto que guiada por el interrogante acerca de ¿Qué lugar ocupa la investigación en nuestra formación y nuestra práctica cotidiana? En este trabajo presento un caso que puede leerse en los entrecruzamientos entre la investigación y las prácticas cotidianas en un dispositivo de atención.

Cabe aclarar que el caso que sigue a continuación posee singularidades no sólo por los avatares intra e intersubjetivos de la niña y su entorno, sino también por las características propias del espacio institucional desde donde se forjó. En función de ello remarco que el abordaje clínico de la niña se realizó en el marco de un proyecto de extensión universitaria, denominado Punto de Encuentro Familiar (PEF). EL PEF se define y tiene como propósito oficial como espacio alternativo para crear condiciones de posibilidad para encuentros a fin de establecer o reestablecer vínculos familiares, y/o para garantizar la ininterrupción de los mismos. En dicho contexto el Servicio Zonal deriva el caso de Camila para que la acompañemos en el tránsito de un proceso de adopción que tenía como antecedente 2 procesos anteriores que finalizaron en devoluciones concretas de la niña al hogar.

Es una clínica diferente a la clínica de consultorio y el pedido que la funda reconoce diversas vías de acceso a los objetivos que están en el origen de la derivación. Es por ello que no hago alusión a tratamiento psicoanalítico sino al trabajo desde el psicoanálisis. Por otra parte, Camila estaba en tratamiento psicológico con la psicóloga del Hogar del que había egresado hacía pocos meses. En acuerdo con Winnicott decimos que: “cuando estoy frente a un caso para el que no corresponde el psicoanálisis, me convierto en un psicoanalista que satisface

o trata de satisfacer las necesidades de ese caso especial". Agrega el autor que: "si el paciente no necesita análisis hago otra cosa"; "analistas que practican alguna otra cosa que consideramos apropiada para la ocasión. Y ¿por qué no?".

Conocí a Camila cuando tenía 6 años. Estaba alojada en un hogar de niños junto a 3 de sus 5 hermanos, con Giuliana de 10, Vanesa de 8 y Lucía de 4 años. Compartimos diversas actividades lúdicas y entrevistas junto a la psicóloga de la institución. El caso de Camila ocupaba un lugar protagónico en aquel entonces, el equipo intentaba una vez más entre un grupo numeroso de hermanos comenzar dos procesos de adopción dividiendo a las niñas. La más grande y la más chica en una familia y las dos del medio en otra. Al leer el legajo se podía contabilizar diversas instituciones por las que los niños habrían pasado. Las intervenciones en el grupo familiar eran muy antiguas y se originaban por violencia de la "madre" hacia el padre de los niños. POR ESTE MOTIVO el padre decide irse a BS AS llevándose a su hija mayor previo intento de llevarse a su hijo también. SIN EMBARGO la mamá de los niños le pide a su hijo que no se vaya ya que su deber es cuidar a sus hermanas. La madre viajará luego en busca de este padre implicando medidas diversas sobre sus hijos, abrigos y guardas institucionales principalmente. En este marco de institucionalizaciones los niños vuelven a Mar del Plata, pero esta vez las niñas irían a un hogar y su hermano varón, Juan, a otro. La estadía de Juan en las instituciones siempre era consignada en el legajo como conflictiva, se escapaba, pasaba días en situación de calle e intentaba ver a sus hermanas. En diversos momentos los profesionales intervinientes intentaban encuentros entre ellos con más o menos suerte.

Al momento de conocer a las niñas, estas habían iniciado procesos de vinculación con dos familias. El equipo del hogar venía trabajando con ambas en paralelo, hasta que una de una de las familias comienza a plantear fuertes dificultades para continuar con el proceso. Situación que habría nuevos interrogantes al equipo y también acciones. La comunicación de sus intenciones de abandonar el proceso se realiza luego de dejar "plantadas" a las niñas y no llevarlas de paseo. En las entrevistas con el equipo la pareja manifiesta que ya no pueden continuar, que se sienten invadidos cuando las niñas visitan su casa, que no hacen caso, que si las llevan a comer a un restaurante no se quedan quietas ni se ponen la servilleta en la falda, que no los dejan ni bañarse ni maquillarse porque todo el tiempo los demandan, entre otras cuestiones. En este contexto el equipo decide dar por terminado el proceso.

Siguiendo a Winnicott "Una buena asistencia social individualizada no sólo evita catástrofes, sino que puede organizar adopciones que de otro modo serían imposibles; y debe recordarse que una adopción fallida es por lo común desastrosa para el niño, a punto tal de que habría sido mejor no hacer el intento". Es de destacar que, al informárselos a las niñas, Camila refie-

re una escena en la que habría dicho que estaba disconforme con un reto de esta señora a quien ya le decían mamá, y le dijo "las mamás verdaderas no retan". Al relatarnos esta escena, con la psicóloga de institución intentamos una apuesta a su subjetividad, y le señalamos que justamente las mamás verdaderas son las que retan. Si bien el proceso con ese matrimonio estaba finalizado, al menos desde lo legal, nos parecía importante que Camila pudiera pensar de otra manera qué es y qué hace una madre. Entendíamos que nuevamente la entrada en una escena decantaba en otra separación. Luego de restituir los lugares asimétricos en cuanto a las decisiones -pues eran los adultos aquellos que se habían hecho cargo de la guarda legal-, ubicamos que las reacciones de las niñas en la escuela o en la casa eran consecuencia de lo que podemos llamar su "Devolución". Algo de esto estaba puesto en juego desde hace tiempo, y Camila lo puso en acto con su frase.

Camila y su hermana nos pidieron que no generáramos ningún encuentro entre ellas y el matrimonio, pero sí querían que estos les envíen las cosas de ellas que habían quedado en la casa.

El matrimonio envió una caja cerrada para cada niña. Esa tarde en el hogar las abrimos juntas y me fueron presentando cada objeto. Entre muñecas Barbie y cuentos para pintar me explicaban que su mamá y no mamá nueva les había regalado esas cosas, que ya no sabían cómo llamarla y tampoco estaban seguras de no querer verla más. Creo que la sorpresa fue de las tres cuando en las cajas no encontramos más que los objetos y ninguna carta o nota donde este matrimonio les dirigiera la palabra y dijera algo de lo sucedido. Nos quedamos en silencio, hasta que el llamado de la combi para ir a la escuela nos interrumpió.

Será en el espacio transferencial, entre la casita donde dormían y la rayuela dibujada en el patio, donde el sostén comenzará de nuevo a intentar armarse en función de las posibilidades de las niñas; y en ese marco la idea de que sus hermanas egresaran pronto de la institución y que si ellas lo quisieran podríamos buscar una nueva familia adoptiva, comenzaba a registrarse.

El segundo proceso de adopción comenzó al poco tiempo. Las niñas convivieron con un nuevo matrimonio por 8 meses, cuando Vanesa manifiesta en la escuela que, de manera recurrente, eran golpeadas por el matrimonio. El proceso hasta decidir la devolución llevará tiempo. Será la escuela la que de alguna manera promueva porque al citar al matrimonio estos tomaron una actitud cada vez más hostil hacia las niñas, pero las niñas no querían volver al hogar. Luego de la devolución la más afectada parecía ser Vanesa que tenía frecuentes episodios de violencia hacia otros niños y se había ganado así el estar medicada con un anti psicótico.

En este contexto derivan el caso de Camila al PEF y en la reunión institucional las autoridades nos cuentan que Camila estaba en nuevo proceso de adopción pero muy particular. A lo

largo del tiempo hubo cambio de instituciones, de profesionales, de operadores, pero Camila pidió siempre asistir a la misma escuela. Allí conoce a Micaela, su compañera de banco, quien le ofrece el número de teléfono de su mamá para que la llame si necesita algo. Desde el hogar convocan a la familia de Micaela quienes al conocer la historia se encariñan rápidamente con Camila, la llevaban todos los días a merendar a su casa, y los fines de semana de paseo. Acompañados por los profesionales del hogar deciden adoptarla. Luego de mucho trabajo profesional se asigna la posibilidad de continuar con el proceso a esta familia. Camila se había autogestionado una familia, pero una que no estaba inscrita en el registro público de adoptantes.

¿Y Vanesa?, la niña tuvo que quedarse en el hogar, desde diversas instancias se intentaba presentarle familias, sin embargo Vanesa no quería, fue en compañía de su psicóloga que pudo ganarse el tiempo para recuperarse, para expresar lo que quería, y luego de 6 meses aceptó conocer a una señora que tenía intenciones de adoptarla. Vanesa pedía que la adopte una señora sola, sin hijos, así conoció a Valeria con quien vive desde hace unos meses.

En resumen, todas las niñas se encuentran en procesos de adopción. Es por esto que, al momento de pensar estrategias de acompañar a Camila, decidimos escuchar atentamente su pedido de querer ver a todas sus hermanas. Le propongo organizar una merienda. Era un dispositivo que habíamos implementado en otro caso y dados los resultados nos animamos a invitar a Camila a armarlo juntas. Me escribe en un papel todo lo necesario para organizarla. La tarea más difícil era convocar al resto de las niñas.

Lacan en su texto *La familia* (1938), estableció como término teórico la expresión "Complejo Fraternal". Allí da cuenta del impacto que produce en los humanos la aparición de un semejante que, ya sea como heredero y/o usurpador, sea capaz de ocupar un mismo lugar en la serie que le ha sido dada al sujeto. El hermano, en tanto semejante, despierta celos y una agresión primordial que es importante distinguir claramente del amor fraternal que se profesa al modo de mandamiento. Es por esto que la organización de la merienda nos llevó varias charlas con Camila y también conversaciones en el espacio de supervisión del equipo pensábamos que al promover los encuentros podíamos proponer un modo de armar un imaginario que permita velar la imposibilidad vincular, que se expresaba en las decisiones institucionales, tanto en su vertiente constitutiva como en la que se relaciona con lo traumático.

Entendíamos que el ir adoptándose como hermanas implica un fraternizarse por deseo, elegirse como hermanos, aludiendo a una operatoria instituyente que hace hermanos más allá de la hermandad instituida por el proceso de filiación. Camila tenía dos hermanas nuevas en su familia adoptiva, lo cual nos generaba el interrogante de si debíamos incluirlas. Fueron las

niñas las que nos dieron las respuestas, Camila les contó a sus hermanas que el matrimonio que la adoptó tenía 2 hijas, y que si se seguían viendo se las iba a presentar, situación que sorprendió a las otras niñas, no lo entendían, y le pidieron que la presentación sea luego de un tiempo.

Resulta de interés ubicar la hermandad como una categoría que da cuenta de la fuerza de lo común pero no en el sentido de la masa que en pos de lo común arrasa con la diferencia. La hermandad se constituye en función de atender a lo común y a la vez, al mismo tiempo, sincrónicamente, da lugar a lo singular, es decir, al mismo tiempo que los hermanos son hermanos, cada uno es uno.

Como hermanas compartían una historia de filiación compleja, por momentos oscura y cargada de recuerdos que bordeaban lo siniestro cuando relataban lo que les había pasado en los diferentes hogares. En una de las meriendas, las niñas comparten un espacio con otros niños que asisten al dispositivo, estaban viendo una película de terror, "La huérfana". En esa oportunidad se encontraban a cargo dos colegas de mi confianza, una de ellas me acompañó en todo el proceso de meriendas. Al reintegrarme al dispositivo recibo el llamado de dos de las madres adoptivas, muy molestas porque desde el espacio les permitimos a las niñas ver películas de terror. Vía supervisión pudimos pensar que la película de terror que podría preocuparles no era la que efectivamente vieron sino la otra, la del espanto en el origen, la que recordaba que las niñas habían sido adoptadas, y el miedo que generaba la fantasía de que en el encontrarse quieran vivir juntas de nuevo y dejen a estas familias. Mi ausencia ese día acrecentaba el miedo. Yo era la que las había contactado y había dicho las palabras mágicas "ahora que las chicas están cada una con una familia podemos organizar un encuentro". Entiendo que mis palabras oficiaron como una especie de garantía que los alejaba de la amenaza, ya que en los intentos anteriores de encontrarse algunas niñas estaban en el hogar y los promovía el juzgado.

Para finalizar podríamos definir como errática a la trayectoria de Camila y sus hermanas, tomando la definición de la física. Coincidiendo con Chamberlayne (2002) respecto al análisis de trayectorias como modo de conocer el funcionamiento de las políticas sociales. El autor considera que la búsqueda de semejanzas en las diferentes trayectorias de vida, permite moverse entre lo que parece específico de un individuo y lo que parece representar un patrón social. El estudio de trayectorias vitales en contextos de exclusión social permite analizar los procesos —plasmados en las experiencias personales— que llevan a esa situación, así como conocer las adaptaciones a las circunstancias, las tácticas, las estrategias y las negociaciones desarrolladas por los sujetos.

Estudiar las políticas sociales a través de esta lente analítica, permite conocer las relaciones de los individuos con las ins-

tituciones, dando cuenta del rol de las mismas en la vida de los sujetos.

Por otra parte la propuesta de merienda, se convirtió en un verdadero dispositivo² (Minnicelli, Montes, Belmartino, Armichimio, Gutierrez, Mora, Forace, 2015). Variados grupos de hermanos vienen cada miércoles a encontrarse, variados adultos transitan por el espacio con todos sus temores y fantasmas respecto de ser padres adoptivos o guardadores, y diversos profesionales de distintas disciplinas participamos de las mismas, sosteniendo que el discurso psicoanalítico puede mezclarse con otros discursos y generar prácticas desde los propios límites del psicoanálisis, pero prácticas que están atravesadas por él; de las que se puede dar cuenta por sus efectos y posibilidades. Podríamos hablar del psicoanálisis en extensión y quizá también en intensión cuando la situación lo permite y resulta conveniente.

Nunca nos quedamos tranquilos con lo conocido sino apostando al resto que siempre queda con cada caso como interrogante teórico, como incertidumbre, en su sinsentido o en su malentendido. Donde la experiencia esté ligada a la sorpresa, a la apertura y a la espera de un saber nuevo.

Cuando el movimiento es imprevisible, como en el caso de Camila y sus hermanas, la trayectoria también lo es y su forma geométrica resulta muy irregular, la vida resulta irregular y la paradoja se patentiza, una vida supuesta a derecho de hecho se transita en estado de excepción, el sistema la regula por tradición y costumbre, imponiendo decisiones basadas en la discrecionalidad. Será vía ceremonia mínima (Minnicelli, 2008, 2013) que una analista y organizadora de meriendas, intente acompañar un recorrido en el que los "había una vez", no sigan acompañados de "la familia las devolvió y tuvimos que buscar otra", para que dejen paso en el porvenir al "vivieron felices "en familia", y comieron perdices".

BIBLIOGRAFÍA

CHAMBERLAYNE, P (2002) *Biography and Social Exclusion in Europe. Experiences and life journeys*, Bristol, The Policy Press.

PINTO, S.L (2006) "Psicoanálisis y adopción". En Revista Topia. Versión digital recuperada el día 30 de marzo de 2015. desde:

<https://www.topia.com.ar/articulos/adopcion-y-psicoanalisis>,

LACAN, J. (1938) *La Familia*. Barcelona: Argonauta

MINNICELLI, M. (2015). "Tratamiento Social de los Problemas de la Infancia". Curso de Extensión. Universidad Nacional de Tucumán. Dictado el 24 de Junio de 2015. Formato Power Point. (2013). Ceremonias mínimas: una apuesta a la educación en la era del consumo. Rosario: Homo Sapiens. (2008) "Escrituras de la ley en la trama social. Ensayo sobre la relación entre dispositivos, ceremonias mínimas y prácticas profesionales". Revista Pilquen Sección Psicopedagogía. Año X. N° 5, 2008.

MINNICELLI, MONTES, BELMARTINO, ARMICHIMIO, GUTIERREZ, MORA, FORACE. (2015) Documento de trabajo No. 2. Disponible en www.psicoinfancia.com.ar/publicaciones/2015-PEF-MDQ.pdf.

SALMÚN, S.L (2014). "Las adopciones de un niño" Material Inedito. Versión digital recuperada, el día 30 de marzo de 2015, desde:

http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2527/Adopciones_Salmun.pdf?sequence=1.

STOLKINER, A (1999). *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada. Año 3, No 10, Abril de 1999, Rosario.

OCAMPO, V. (1945) Testimonios, tercera serie. *Lecturas de Infancia*. Revista Sur, N°123, enero de 1945, pp. 7-29.

WINNICOTT, D. W.: (1965) "Los procesos de maduración y el ambiente facilita-

dor". Ed. Paidós. (5ª reimpresión). Buenos Aires, 2007. (1954) "Obstáculos en la adopción". He encontrado el mismo texto con un título más elocuente desde mi punto de vista en el que lo llama "Peligros en la Adopción". (1965) "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador". Ed. Paidós. Buenos Aires, 2007.(1953) "Dos Niños Adoptados". Ed. Paidós. Buenos Aires, 2007.

NOTAS

1El problema señalado es atendido de manera sistemática a través de:

a) El proyecto mayor denominado Infancia e Instituciones: Estudio y análisis crítico del Dispositivo de Protección Integral a la niñez y adolescencia (III). (INFEIES: DiPro III) de la Facultad de Psicología, UNMDP 2015-2016;

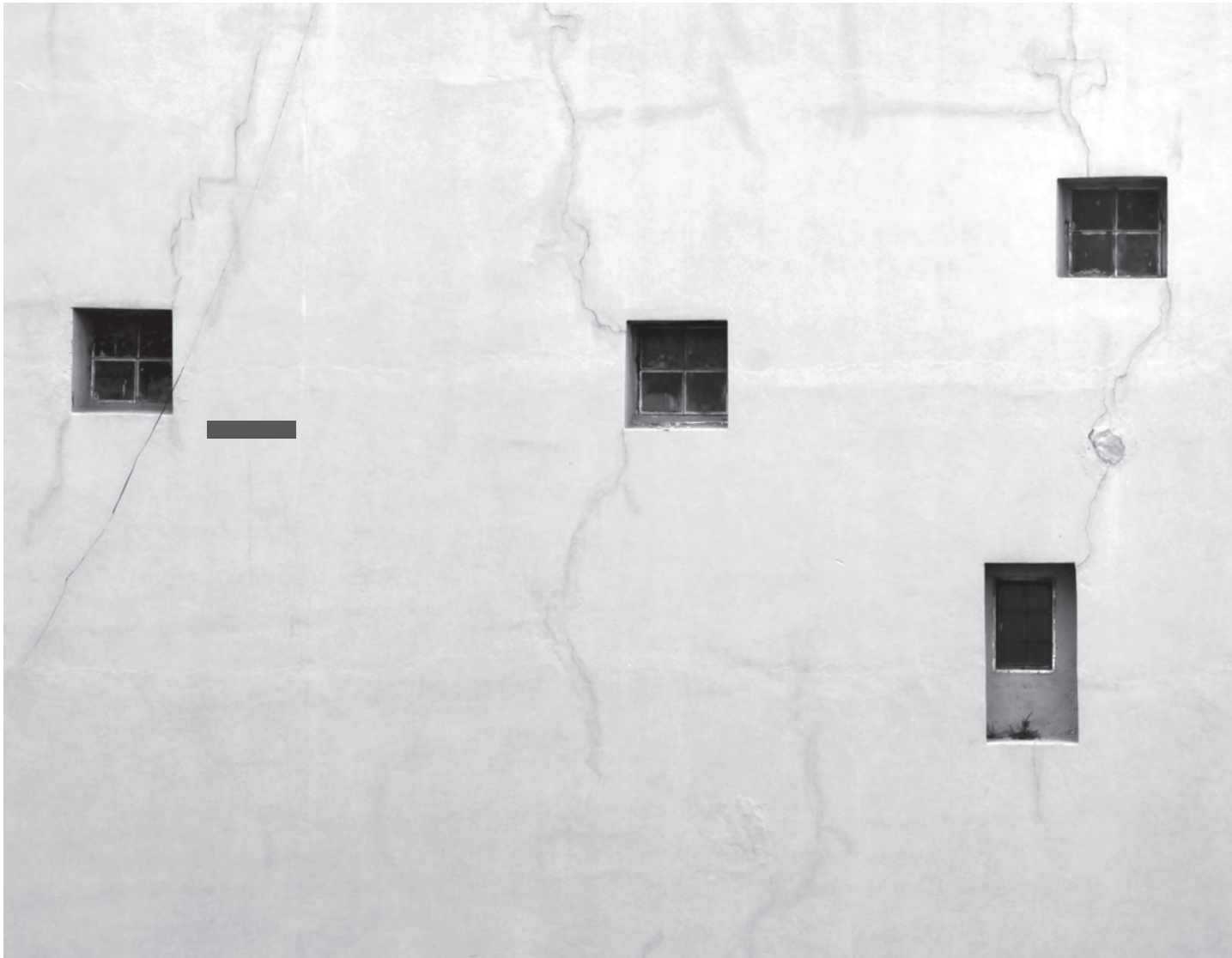
b) PDTS-CIN 2014 "Tecnología Social Interdisciplinaria para la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes" Aprobado por Resol. P. N° 271/14;

c) Proyecto de Extensión radicado en Facultad de Psicología UNMDP; Rectorado de la UNMDP y SPU – 15ª Convocatoria de Extensión. El Dispositivo Punto de Encuentro Familiar (PEF);

d) el proyecto de Investigación de Beca de Perfeccionamiento: "Análisis e intervención en trayectorias de procesos de adopción de niños, niñas y adolescentes mayores de 8 años alojados por períodos mayores a un año en Instituciones municipales de la ciudad de Mar del Plata." A cargo de la autora y dirigido por la Dra. Mercedes Minnicelli. Facultad de Psicología. UNMDP.

2 La merienda de hermanos y hermanas es una propuesta que permite el encuentro entre hermanos/as que residen en hogares y/o grupos familiares diferentes (hogares convivenciales, familias adoptantes o adoptivas) y requieren para encontrarse de un espacio que no pertenezca a ninguna de las partes. Esta modalidad de encuentro se realiza como instancia de intervención profesional, en la cual creando condiciones de posibilidad para que los encuentros acontezcan, se llevan a cabo diálogos clínicos que permiten a los profesionales operar en favor de atender a las dificultades de las relaciones tal como las vivencias de cada uno de los involucrados.

Asistir e Investigar: el proceso de investigación en el campo de la Salud Mental



██████████
ALICIA STOLKINER

Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Diplomada en Salud Pública (Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires). Maestría en Psicología Clínica (Universidad Nacional Autónoma de México). Doctorado de la Facultad de Psicología (Universidad de Buenos Aires). Profesora Titular Regular de la materia Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología (Universidad de Buenos Aires).

— Foto: Catalina Boccardo

██████████ “El pasaje de lo sagrado a lo profano puede, de hecho, darse también a través de un uso (o más bien, un reuso) completamente incongruente de lo sagrado. Se trata del juego”.

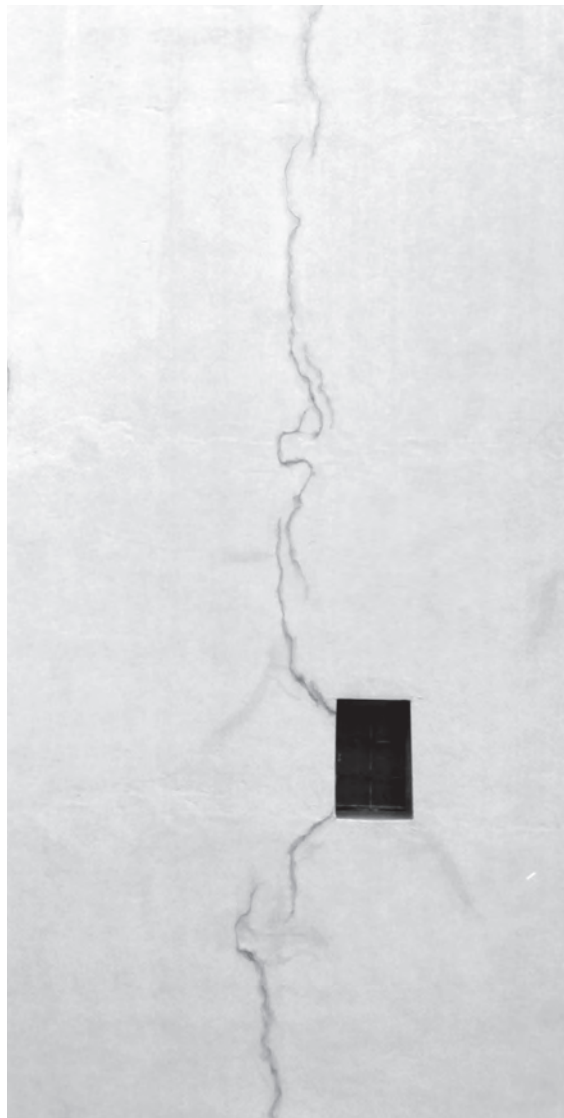
GIORGIO AGAMBEN (2005)

Agradezco la posibilidad de participar de este número de la Revista Clepios, que aborda un tema de particular importancia: la investigación. No se trata de la investigación en abstracto sino en un campo específico: el de la salud mental, y en un ámbito privilegiado: los servicios que brindan asistencia.

Durante años fui responsable del nodo de Argentina de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, uno de cuyos objetivos centrales era promover y potenciar la producción de conocimientos en la que los agentes de los servicios tuvieran una participación central. No se trataba de que investigadores externos indagaran sobre los servicios o en ellos, sino de que la asociación y transferencia en la práctica misma de investigar, potenciara en los profesionales que trabajan en gestión y en asistencia la capacidad de sistematizar metódicamente los saberes que su práctica produce a diario. También se esperaba que ello contribuyera a modificar la compleja relación existente (más bien disociación) entre investigación y toma de decisiones en salud. La difícil y compleja articulación entre teorías, conocimientos, saberes y prácticas se juega en este tema. Trataré de proponer algunas reflexiones, siempre provisionarias, para el debate.

HAY QUE PROFANAR LA INVESTIGACIÓN

Tal como nos recuerda G. Agamben (2005), profanar es devolver al libre uso de los hombres algo que ha sido sustraído a él por considerarse sagrado. Voy a apelar a este concepto de manera metafórica para señalar la importancia de romper con el supuesto de que la investigación está fuera de la esfera de los “comunes” y pareciera reservada para sus “sacerdotes”, léase aquellos institucionalmente “consagrados” a ella. Una serie de instituidos y dispositivos sostienen esta idea, y hay rituales de incorporación a la grey. El campo de la investigación, como todo campo, tiene sus agentes, su habitus y su circulatoria de poder. Como todo campo delimita jerarquías y establece señas que permiten rechazar a los “intrusos”, a los “extranjeros”.



Lamentablemente, a veces también suele rechazar lo novedoso o lo incomprensible y mantenerse al margen de los problemas y desafíos al conocimiento que plantean las prácticas. Frente a ello, la propuesta es “democratizar” la investigación, que es lo mismo que promover el pensamiento.

Una profesora de un programa de doctorado sobre metodología de la investigación -- que cursé hace tiempo--, nos explicaba que para ser investigador había que dedicarle horas enteras durante años a estudiar... metodología de la investigación. Si esto era así, nos preguntábamos, ¿en qué momento podríamos leer sobre el tema o problema que realmente nos interesaba? Luego, descubrí que algunos reconocidos teóricos de la metodología no habían realizado investigaciones que cambiaran el curso de los acontecimientos o que revolucionaran los saberes establecidos, y que no había técnica de investigación perfecta que subsanara una pregunta banal o mal formulada. Asistí en un congreso internacional a la exposición de resultados de una costosísima investigación realizada en USA sobre consumo de alcohol y tabaco en población hispanoparlante. Luego de aplicar una rigurosa encuesta a una muestra aleatoria tan grande que fundamentaba un presupuesto millonario, desarrollaban una serie de cuadros y tablas para terminar con resultados que podrían sintetizarse en: los hispanoparlantes eran más apegados a la familia, más machistas y, a diferencia de los anglosajones, eran fundamentalmente bebedores y fumadores sociales; en ello debían basarse los programas preventivos. Se había hecho un considerable despliegue de recursos para descubrir lo obvio y mucho rodeo para confirmar una representación preexistente, porque el pecado original del proyecto era justamente la falta de originalidad teórica de sus postulados y preguntas. Por ejemplo, en ningún lugar del cuestionario había alguna pregunta sobre la situación de migrante sujeto a determinadas discriminaciones, la condición de hispanoparlante era considerada fuera de contexto como un rasgo “en sí”. Para colmo, para convalidar el descubrimiento, mostraban que las campañas publicitarias de bebidas y tabaco dirigidas selectivamente a esa población se basaban en las características que ellos describían, evidenciando que los publicistas las habían descubierto antes, y probablemente con unos pocos grupos focales. El rigor técnico y cuantitativo estaba al servicio del pensamiento banal. En el otro extremo, a veces he escuchado preguntas originales en profesionales que no se identificarían a sí mismos como investigadores, pero probablemente podrían desarrollarlas con algún apoyo para ello.

La invitación a profanar la investigación, responde a dos necesidades: relacionar estrechamente la producción de conocimientos con los problemas concretos que aparecen en las prácticas cotidianas de los servicios de salud mental y derrumbar el muro que separa con frecuencia el conocimiento académico de las problemáticas cotidianas, enriqueciéndolo. Un tercer objetivo se basa en que la investigación es una herramienta de convalidación y de poder. Por ejemplo, la investigación evaluativa (Ardila y Stolkiner, 2011) realizada por actores de los mismos servicios, puede ser un argumento fuerte en la política institucional o sectorial. Por ende, se trata de colocar esta

herramienta como un recurso de los actores de los servicios. En un proceso de investigación en que trabajamos hace años, el equipo capacitó al personal de terreno de un programa de Atención Primaria de la Salud para procesar y analizar los datos que, hasta ese momento, reportaban de manera cruda a la dirección de estadística. Esto, a su vez, le sirvió al personal para defender su tarea, en una etapa de ajuste.

Prologué recientemente el libro de un ex residente producido desde una posición simultánea de actor e investigador, en el que describe y analiza, desde una multirreferencialidad teórica, aspectos nodales de su experiencia institucional (Michalewicz, 2016). En tal prólogo señalaba que las actividades de los servicios producen permanentemente saberes, pero como sus actores no suelen detenerse a transformarlos en conocimientos reflexiva y metódicamente, permanecen en el campo de las nociones. Por su parte, la academia suele producir conocimientos que adolecen de falta de enlace con las preguntas --origen ineludible de toda elaboración teórica-- que podrían surgir en dichas prácticas cotidianas. Los agentes de los servicios están acuciados por las demandas y la urgencia de la necesidad de respuesta asistencial. Los académicos están riesgosamente atraídos por la posibilidad de darle un giro escolástico a su producción y también urgidos por la exigencia de “productividad” cuantitativa (cantidad de publicaciones) que hoy amenaza la posibilidad de pensar durante la investigación. En dicho prólogo afirmaba que “ante la necesidad de cumplir con la cuota necesaria de publicaciones en revistas de impacto, los investigadores nos vemos tentados a permanecer en la cómoda morada de las herramientas teóricas y metodológicas conocidas y consensuadas, en lugar de arriesgarnos a traspasarlas e innovar. Por su parte, también los profesionales en los servicios suelen eludir el riesgo de conmoción de sus teorías y postulados al que cada sujeto singular y su padecimiento convocan, en el marco de una condición político-institucional que opera en esa práctica y que debe ser incorporada a la definición y comprensión del problema”.

A aquella vieja indicación de ser indisciplinado con las disciplinas y no reverenciarlas (Stolkiner, 1987) le sumaría ésta de profanar la investigación, incorporar sus herramientas a las prácticas cotidianas, producir conocimientos en los servicios y hacerlo, si es posible, a la manera del juego, lúdicamente. Cualquiera que no haya perdido la curiosidad y el placer de buscar y de construir, puede investigar. Se trata de formularse una pregunta, ser capaz de sostenerla y soportarla, planear y desarrollar la forma de buscar una respuesta. A veces el primer paso es hacer una descripción metódica de carácter exploratorio, sobre un problema no abordado. El ejercicio de la investigación enseña, también, a desconfiar de las afirmaciones taxativas y de la infalibilidad de los conceptos. No se debe investigar si uno está seguro de cuál será la respuesta o para probar que es cierta la teoría a la que uno adhiere. La investigación requiere de la incertidumbre.

Plantaremos algunas puntuaciones y debates abiertos acerca de lo que es la investigación, la ciencia y lo que es investigar en el campo de la salud mental y sus prácticas.

¿QUÉ ES INVESTIGAR Y QUÉ SUPUESTOS HAY QUE DESMANTELAR PARA ELLO?

Comencemos por una definición sencilla: La investigación científica es toda forma de producción **metódica** de conocimientos considerados, valga la redundancia, “**científicos**”.

Esta definición contiene ya dos nudos que es necesario analizar críticamente: la referencia al método y la referencia a lo científico. En la concepción hegemónica de raíz positivista y también en el sentido común, existe un método científico que garantiza a través de su aplicación la cientificidad del resultado. A su vez, la **cientificidad** garantizaría la **objetividad** y, en un extraño deslizamiento, algunos deducen de allí el carácter de **verdad** del conocimiento. También se suele suponer que la garantía de objetividad está dada por el uso de cifras y números, por la **cuantificación** y la **medición**.

Todo este andamiaje empirista y positivista comenzó a resquebrajarse ya en el siglo pasado y recibió algunos golpes mortales inclusive desde el campo de las más duras de las ciencias, tal el caso de la física. De hecho, el debate epistemológico ha sido importante y ha dado como resultado una puesta en cuestión de los modelos preexistentes.

Con respecto a la cuestión del método, la misma evidencia de historia de la ciencia muestra que algunos de los momentos de ruptura epistemológica o de “revoluciones científicas” se dieron a la par de innovaciones del considerado “método” obligatorio y garante de la cientificidad. Al respecto dice Feyerabend: “uno de los hechos que más llama la atención en las recientes discusiones en historia y filosofía de la ciencia es la toma de conciencia de que desarrollos tales como la revolución copernicana o el surgimiento del atomismo en la antigüedad o en el pasado reciente (teoría cinética, teoría de la dispersión, estereoquímica, teoría cuántica) o la emergencia gradual de la teoría ondulatoria de la luz ocurrieron, bien porque algunos pensadores decidieron no ligarse a ciertas reglas metodológicamente “obvias”, bien porque las violaron involuntariamente” (Feyerabend, 1984). De todos modos, queda claro que cuando se emprende un proceso de investigación se debe plantear un método (o sea un camino) definido para responder a las preguntas formuladas a la manera de objetivos, pero el método dependerá de dichos objetivos y de la trama teórica en que el proceso de investigación se enmarca, así como del posicionamiento epistemológico.

Una simple búsqueda nos muestra alguna nominación de métodos que hoy se consideran científicos y que puede ser cuestionada para ampliarse o modificarse: Método empírico-analítico, Método experimental, Método hipotético deductivo, Método lógico inductivo, Método hermenéutico, Método dialéctico, Método fenomenológico y Método histórico. Y esta enumeración en sí misma es discutible. El debate sobre técnicas cuantitativas (extensivas) y cualitativas (intensivas) ha devenido en muchas propuestas de combinación o triangulación entre ambas, siempre que la concepción epistemológica de la estrategia o metodología sea coherente.

Así como es cuestionable el supuesto de que el método garantiza la cientificidad, también lo es el de que garantiza la “objetividad”. Subyace a esto una concepción ideológica de que al constituirse en un conocimiento “objetivo” y borrar al sujeto (no sólo el sujeto singular, sino el sujeto social o colectivo), la ciencia se alejaría de toda toma de posición con respecto al conflicto, a las contradicciones y al antagonismo de la sociedad. Sucede que en la modernidad la ciencia pasó a ocupar el lugar de discurso de convalidación del poder que en el medioevo tenía la religión y muchas veces el discurso científico es trasladado al campo de la convalidación ideológica, tal el ejemplo del traslado de la teoría de la evolución de Darwin a la explicación de fenómenos sociales, en su momento; o el actual uso ideológico político del avance de las neurociencias, que ha llevado a un actor tan insospechado como el Banco Mundial, a dedicarle uno de sus informes anuales (Banco Mundial, 2015)

Quizás lo más duro para el paradigma positivista fue ser cuestionado desde la ciencia que era su modelo cuando desde la física cuántica se resquebrajó el supuesto de que el investigador no “constituye” su objeto.

Revisemos, muy esquemáticamente, distintas posiciones acerca del sujeto-objeto de conocimiento: La concepción empirista plantea que el objeto determina el conocimiento en la medida en que se trata de aprehenderlo “tal cual es”. Es lo dado, que debe ser conocido. La concepción idealista invierte estos términos y plantea la preexistencia y predominancia del sujeto de conocimiento quien tendría los esquemas de construcción inclusive cuestionando la existencia de la realidad (en sus posiciones extremas) y cayendo, en algunas posiciones posmodernas, en un relativismo absoluto. Frente a la alternancia, histórica en la filosofía occidental, de estos dos polos de un dualismo que se manifestaría en “objetivismo”-“subjetivismo”, aparecen otras posiciones que reconocen simultáneamente la existencia de condiciones concretas y la imposibilidad de un conocimiento que no lleve la impronta de quien lo construye; y reconoce que este conocimiento, a su vez, opera sobre el concreto y produce o “performa”. Simplemente a modo de ejemplo, señalaré algunos hitos de este debate:

El constructivismo plantea una figura en tres términos: sujeto de conocimiento-objeto de conocimiento- acción de conocer. Retomando la frase del Fausto de Goethe: “en un principio era la acción”, planteará que el sujeto y el objeto de conocimiento se construyen como tales en la acción de conocer y por ende el producto deviene de esa construcción simultánea. A su vez, instalan la idea del conocimiento como construcción y no como “descubrimiento” de datos objetivos.

El pensamiento en que se fundan las estrategias cualitativas de investigación plantea que sujeto y objeto son una unidad en configuración simultánea. Hay un desarrollo y trasfondo filosófico/epistemológico contenido en estos planteos, que abarca el pensamiento fenomenológico, el pensamiento crítico y vertientes filosóficas como la de M. Heidegger. Algunas lecturas posibles del materialismo dialéctico, reemplazan el concepto de “real” por el de “concreto”, con una vía de acce-

so que pasa por lo abstracto, y rompen así con la idea de que la ciencia explica el “fenómeno” u “objeto” “real”. A su vez, autores como Pierre Bourdieu trabajarán con la idea de “objetividad de segundo orden”, aquella a la que se arribaría cuando se explicitan las condiciones de producción del conocimiento y sus determinaciones. A ello referiría el necesario proceso de “reflexividad” como base de la investigación, definida como “una auto exploración crítica de las propias interpretaciones del material empírico (incluyendo su construcción)” (Alvesson y Sköldbberg, 2000) y que se emparenta con la vigilancia epistemológica tal como la plantean autores como G. Bachelard, Bourdieu o Foucault (Diaz, E, 2005). Todos conceptos y debates que traigo a colación simplemente para mostrar su complejidad.

Me detendré un momento en la cuestión de la cuantificación o del uso de las matemáticas en la producción científica, en el supuesto de que garantizan “objetividad”. Las matemáticas son un lenguaje, y antes de medir hay que definir aquello que se mide y la herramienta con que se lo pondera. Si una investigación correlaciona Cociente Intelectual con, por ejemplo, una patología determinada, ya está haciendo uso de conceptos con los que “construye” sus “variables”: el de Inteligencia (que se concretaría en el CI) y el de ese cuadro psicopatológico; a ello suma dos herramientas: la que se usó para medir la inteligencia y la que se usó para diagnosticar el cuadro psicopatológico. Estamos muy lejos de cualquier idea de que se están midiendo datos “objetivos”. Todo dato se construye y también se construyen las unidades de medida.

Recientemente revisaba un artículo que correlacionaba ADHD y bipolaridad en la infancia, el ADHD se había diagnosticado con el Child Behavior Check List, un cuestionario realmente extraño que diagnostica un cuadro bastante indefinido (ADHD) a partir de preguntas sobre características del niño, de esta índole: “Tiene conductas del sexo contrario?”, “Dice palabras inadecuadas o soeces?” etc. (Stolkiner, 2016). En el “paper”, la herramienta ya estaba transformada en cifras de resultados y en correlaciones y tablas. Pero todo ese andamiaje se asentaba sobre una categoría diagnóstica realmente difusa (o dos, porque es dudoso lo de bipolaridad en la infancia) y una herramienta que no resistía un análisis serio desde el punto de vista de técnicas de investigación, pese a estar asombrosamente aceptada en determinadas publicaciones anglosajonas. A su vez, es posible ubicar este estudio como parte del proceso de medicalización y medicamentación de la infancia, si se trata de contextualizarlo y revisar en qué posición del campo se ubica.

Lo anterior no significa que deba denostarse del uso de herramientas cuantitativas de investigación, simplemente apunta a no asignarles valores que no tienen; en muchas investigaciones su uso es indispensable. La elección de las técnicas depende de cuál sea la búsqueda en que uno se embarca. Suelo decir que para tomar un medicamento, es preferible que haya sido convalidado con un estudio comparativo a doble ciego y no con una entrevista en profundidad. De paso, preferiría que el estudio no lo haya realizado el mismo laboratorio que

obtendrá millones en ganancias, pero eso ya es otro problema del campo de la investigación en salud: el juego de intereses en la financiación, otro tema.

Derrumbada la idea de objetividad, consecuentemente se pone en cuestión el carácter de “verdad” del conocimiento científico y caen otros supuestos: entre ellos el que consideraba que todo avance científico es bueno y por ello omitía la necesidad de la ética en nombre del desarrollo del conocimiento (correlativo a los crímenes cometidos en nombre del “progreso”). El siglo XX dio sobradas cuentas de que la ciencia no podía prescindir de la ética, no refiero solamente a los resguardos absolutamente necesarios del consentimiento de los sujetos que participan de una investigación, sino en un posicionamiento y reflexión ética más profunda con respecto al proceso en su conjunto.

Con el veloz y cuestionable punteo anterior, solamente intento fundamentar que no es necesario plantear algunas falsas antinomias e innecesarias imposibilidades. En los servicios de salud mental suelen encontrarse algunos supuestos de su cultura institucional que dificultan la incorporación de procesos de investigación. El primero es aquel al que nos referimos antes, la división entre investigación y asistencia. Pero además hay quienes, por ejemplo, creen que toda investigación responde al modelo empirista, positivista o hipotético deductivo o experimental, entonces renuncian de hecho a ello, en nombre de la “singularidad” y la “subjetividad”. Otros toman como modelo investigaciones cuantitativas de alto costo financiero y desconocen la validez de incorporar dispositivos de investigación en microprocesos asistenciales. En el punto siguiente haremos algunas reflexiones sobre lo que significa investigar en servicios de salud mental.

INVESTIGANDO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Partiremos de definir la Salud mental como un campo de prácticas sociales. Un campo es un sistema estructurado de fuerzas objetivas... una configuración relacional dotada de una gravedad específica, un microcosmos social con lógicas y necesidades específicas que lo diferencian de otros campos (Bourdieu y Wacquant, 1995). En cuanto tal, contiene en su desarrollo antagonismos, corrientes teóricas diversas y variados discursos. A su vez, es un sub-campo dentro del de la salud en general y probablemente su éxito sería la integración. Su objeto es fundamentalmente el objeto salud o, en todo caso, los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado, en ambos casos se trata de objetos solamente abordables desde una concepción de la complejidad y por ende irreductibles a un solo campo disciplinario. Esto no significa que no se pueda hacer un recorte disciplinario para una investigación específica, sino que se lo debe reconocer como recorte metódico de una dimensión de un problema pluridimensional.

Como todo campo, el de la salud mental produce y es producido por desarrollos teóricos, conocimientos, nociones o discursos. Estos requieren instancias de validación y legitimación, del cual la investigación es una herramienta privilegiada. No obstante, en el campo de la salud mental la investigación ha tenido tradicionalmente algunos obstáculos y dificultades propios.

La Investigación psicofarmacológica y/o clínica-psicopatológica ha tenido una fuerte carencia de contextualización. Se ha centrado en los individuos sin contemplar la complejidad relacional en que esas prácticas se configuran, por ejemplo: algunos estudios sobre la evolución de la esquizofrenia en países que han realizado reformas psiquiátricas y sostienen formas de atención ambulatoria no confirman el proceso de deterioro progresivo que se consideraba inherente a la enfermedad y que quizás estuviese relacionado con el hospitalismo. En muchas oportunidades, se realizan estudios fuertemente reduccionistas (ya sea un reduccionismo biológico o psicólogo, con menos frecuencia sociológico). A esto se suma que buena parte de los estudios psicofarmacológicos son realizados por los mismos laboratorios que necesitan ampliar sus mercados o incorporar un producto nuevo ante el hecho de que se vence una patente y eso produce tensiones con respecto a la investigación misma y su "neutralidad".

La investigación epidemiológica ha tenido importantes replanteos y debates, de los que la investigación en salud mental se han mantenido en un cierto aislamiento, permaneciendo al margen de lo que hubiera sido un provechoso intercambio con una disciplina que ha cuestionado sus postulados y sus métodos en un proceso de reflexión sobre su objeto mismo (De Almeida Filho, N. 1992). Como resultado, la epidemiología en Salud mental ha recurrido a herramientas de la epidemiología clásica, muchas veces forzando para ello la definición de su objeto. Le suma, además, la dificultad de acordar con respecto a cómo se categorizan sus patologías o en cómo definen el problema en estudio (Ausburger, 2002) de lo cual es una muestra evidente lo que sucedió en años pasados con el nacimiento y defenestración del DSM 5 por el Instituto Americano de Salud Mental, debido a tensiones entre actores del campo. También es insuficiente la investigación que tiene como objeto las políticas, sistemas y servicios de salud mental, incluyendo la que evalúa tales servicios. Una investigación que requiere de principios de la llamada investigación en políticas, sistemas y servicios de salud. Este tipo de investigación requiere por un lado de la participación de sus actores y obliga, por otro, al abordaje interdisciplinario.

No obstante, desde distintas instancias se promueve la importancia de la investigación en este campo; la complejidad de su objeto y de los problemas hacen que las distintas estrategias y formas de investigación deban reconocer y explicitar el recorte y la dimensión que abordan sin considerarla abarcativa del conjunto. La gama de procesos de investigación posibles y necesarios son numerosos y múltiples.

Hecho este breve puntaje de problemas de la investigación en este campo, trataré de centrarme específicamente en los que suceden en los servicios de asistencia, el objetivo de este escrito.

INVESTIGAR EN SERVICIOS: IMAGINAR Y CONCRETAR

■ "Pues la imaginación, que actualmente es expulsada del conocimiento como "irreal", era en cambio para la antigüedad el medium por excelencia del conocimiento".

GIORGIO AGAM BEN (2007)

De las investigaciones que he estudiado hay una que no deja de asombrarme. Es la que realizó Bruno Bettelheim, el psiquiatra infantil especialista en autismo, cuando fue tomado prisionero en un campo de concentración alemán y la que publicó años después con el título "Conducta Individual y Social en Situaciones Extremas" (Bettelheim, 1973). Pese a las condiciones límite en que se encontraba, el autor se planteó un objetivo, estableció una metodología, realizó observación empírica de manera metódica, registró datos (con toda la precariedad de las circunstancias), se incluyó como sujeto y objeto reflexivamente y articuló teóricamente. Finalmente, lo compartió en la publicación, cuando sintió que el tiempo transcurrido le permitía hacerlo con "objetividad". Es evidente que este proceso fue, a la vez, una estrategia de sobrevivencia que le permitió afrontar su situación y que incluso esta conducta propia fue tomada como elemento indagación dentro de lo que denominó como observable "conductas privadas".

He comenzado con este ejemplo porque ante la dinámica, generalmente excesiva, de demanda y necesidad de respuesta de los servicios puede parecer que hacer investigación es un objetivo irrealizable. No obstante, trataré de mostrar su posibilidad y también su necesidad. Hacerlo contribuye sin duda a mejorar las prácticas, pero también es un recurso para prevenir aquello que Fernando Ulloa llamó la cronificación del recurso moderno en las instituciones psiquiátricas, o simplemente para prevenir la burocratización y desvitalización que puede generar una tarea cuando sus condiciones institucionales no son las adecuadas. También la investigación es, como dije antes, un recurso político institucional, generar dispositivos internos de investigación evaluativa participativa puede ser importante como herramienta de transformación y mejora y también como argumento de defensa de la tarea. Los servicios de salud mental suelen adolecer de falta de evaluación y eso los hace vulnerables a las contiendas políticas institucionales.

La investigación es una tarea para la cual se requiere de algunos dispositivos, de lazos cooperativos y de indagar la posibilidad de apoyos y recursos. Por ejemplo, esta Revista es, en sí, un dispositivo de producción sistemática de conocimientos, si bien externo a los servicios pero fuertemente ligado a ellos; también lo son los ateneos, los espacios de debate, etc. Los lazos cooperativos tienen un ejemplo en las alianzas de trabajo que hemos realizado a veces como equipo de investigación con los servicios. Es un tipo de alianza de cooperación en la que los investigadores trabajan con los actores de los

servicios poniendo a disposición de la tarea herramientas útiles para problemas, propósitos y objetivos que se definen conjuntamente. A partir de ella se hace más fácil una tarea que es indispensable para facilitar la investigación en servicios: revisar, sistematizar y acordar las formas de producir información. Todo servicio produce información, a veces la entrega en crudo a otras instancias de gestión, o se la deja sin procesar. En ambos casos se la pierde como bien producido. Por lo contrario, si se logra una apropiación de la misma, y se trabaja sobre ella es posible encontrar hallazgos importantes. El siguiente paso es prever y organizar la forma en que se la guarda y hay programas informáticos que facilitan mucho esa tarea, no solamente para datos cuantitativos sino también para relatos, fragmentos biográficos y otros elementos de partida para estudios cualitativos de diversa índole. Si un servicio logra programar y consensuar algunos datos mínimos a recolectar sistemáticamente con un objetivo definido, ya puede hacer algo con ello si la pregunta era adecuada.

Algunos avances ha habido en cuanto a fomentar la investigación en servicios. En la última década se institucionalizaron las Becas Carrillo-Oñativia del Programa Salud Investiga de la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, ahora se han rebautizado Becas Abraam Sonis y se encuentra abierta la convocatoria para 2017. A diferencia de otras, eran becas para personas que cumplieran actividades profesionales a veces en asociación con investigadores académicos. Algunas eran proyectos que permitían

enlazar instituciones. Han tenido alguna producción interesante en salud mental.

De todos modos, una vez adquirida la posición de investigador, esa disociación entre actor y observador en la cual se refugió Bruno Bettelheim, hay muchas maneras de producir y procesar datos para pensar. Cualquier investigación requiere del esfuerzo de escribir el proyecto, es un primer paso indispensable y sobre el cual se vuelve en todo el proceso. A veces es necesario comenzar por describir detalladamente antes de tratar de formular hipótesis o buscar esquemas explicativos. La observación y la descripción son recursos indispensables. Hay herramientas, como por ejemplo notas de "campo", uso de imágenes, pequeñas revisiones de fuentes primarias y secundarias, que sirven para micro-investigaciones con preguntas acotadas. Finalmente el intercambio con otros y la escritura, son indispensables para la producción, sucede que "nadie escribe lo que sabe" o sea que el proceso de pensamiento requiere de interlocución y esa externación de sí que es la escritura.

Los niños poseen una increíble capacidad de investigación que va siendo inhibida con el tiempo y, a veces, con la educación. Desarmar objetos, indagan interiores, preguntan y disfrutan en ello. Algo de ese impulso infantil debemos ser capaces de recuperar, profanar la investigación es también sacarle el tono solemne y de claustro para recuperar algo de juego y cierta alegría del descubrimiento.

TEXTOS CITADOS

Agamben, Giorgio: "Elogio de la Profanación" en Profanaciones, Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires 2005, 97-119.

Almeida-Filho de N.(2000) : "La Ciencia Tímida-Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología", Lugar Editorial, Buenos Aires.

Ausburger Ana Cecilia: De la Epidemiología Psiquiátrica a la Epidemiología en Salud Mental-El sufrimiento psíquico como categoría clave, Cuadernos Médico Sociales 81, Mayo de 2002 Rosario 61-75

Alvesson Mats y Skoldberg Kaj: Reflexive Methodologies-New Vistas for Qualitative Research, Sage Publications, London, 2000. (6) -traducción propia

Ardila, S. y Stolkner, A. (2011) Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas. Salud Mental y Comunidad, (1,1), pp. 65-76.

Banco Mundial : Informe Sobre el Desarrollo Mundial 2015- Panorama General .Mente, Sociedad y Conducta, Washington <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20597/WDR2015Overview-Spanish.pdf?sequence=7>

Bettelheim Bruno: Conducta individual y social en situaciones extremas, en el libro "psicología del Torturador", Rodolfo Alonso Editores, Buenos Aires, 1973 31-107

Bourdieu P. Y Wacquant L.J.D (1995): "Respuestas por una antropología Reflexiva", Ed. Grijalbo, México.

Cabieses B; Bernaldes M; Obach A. y Maturana A. : "El Modelo de Investigación Traslacional : sus aportes y desafíos para la toma de decisiones en salud" en el libro: La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas, Ed. Dr. Jaime Llambías- Wolff, RIL editores -York University Bookstore, Ontario, Canadá (2ª ed)

Diaz Esther: Las imprecisas fronteras entre vida y conocimiento, Perspectivas metodológicas N ° 5, Remedios de Escalada, UNLa., 2005 <http://www.estherdiaz.com.ar/textos/bachelard.htm> (acceso 10-4-2016)

Feyerabend Paul K. : Contra el Método-Esquema de una teoría anarquista del conocimiento" Ed. Orbis, 1984, Buenos Aires pag. 18

O.P.S. (1997) : "Salud Mental en el Mundo-Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos", capítulo 12 : "Una agenda para la investigación" (pag. 449 a 474), Serie PALTEX, Washington DC.

Michalewicz Alejandro: Prácticas en Salud Mental Infanto juvenil, Noveduc, Buenos Aires, 2016.

Stolkner Alicia: "De interdisciplinas e indisciplinas" en El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo Obvio, comp. Nora Emilce Elichiri, Nueva Visión, Buenos Aires, 1987 313-316

Stolkner Alicia: "Instituciones de la Infancia y Subjetividad en la época de la medicalización indefinida, en el libro "Biopolítica e Infancia: Niños, Niñas e Instituciones en América Latina" Compiladoras: Lucía Mantilla, Alicia Stolkner y Mercedes Minicelli, Universidad de Guadalajara, México, 2016.

NOTAS

1- La Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud reconoce algunos puntos en común respecto a esta preocupación con el debate sobre el campo de la Investigación Traslacional en Salud (Cabieses, et. al, 2015)

2- La Ciencia Económica se ha caracterizado en las últimas décadas por producir fórmulas de análisis matemáticos complejismos cuya principal "virtud" consiste en que no han servido ni para prever ni para anticipar fenómenos.

Transformando la Salud Mental a través de la investigación científica

FEDERICO MANUEL DARAY

Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Investigador del Instituto de Farmacología. Facultad de Medicina. UBA. Docente Autorizado. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina, UBA / fdaray@hotmail.com

— Foto: Catalina Boccardo

RESUMEN :: En los últimos 40 años, a diferencia de lo que ocurre con otras disciplinas en salud, no se ha logrado reducir la mortalidad y la discapacidad generada por los trastornos mentales. En este artículo, se exploran posibles motivos para esto, y se plantea la posibilidad de modificarlo a través de la investigación científica. El panorama es alentador, se están desarrollando novedosas intervenciones que debemos comenzar a investigar en nuestro medio.

PALABRAS CLAVE :: salud mental – investigación científica - Argentina

CHANGING MENTAL HEALTH THROUGH SCIENTIFIC RESEARCH

ABSTRACT :: In the last 40 years, unlike what happened in other health areas, mortality and disability caused by mental disorders have not been modified. The reasons are analyzed in the present article, together with the possibility to modify these outcomes through scientific research. The future is encouraging, novel interventions are being developed and we need to investigate in our country.

KEY WORDS :: Mental Health – scientific research - Argentina



En 2015, durante el cierre del congreso organizado por la *International Academy for Suicide Research (IASR)*, se presentó Thomas Insel, que en aquel momento dirigía el *National Institute of Mental Health (NIMH)* de Estados Unidos y actualmente trabaja en Google. En su exposición, Insel abordó un problema central en salud mental que tiene que ver con los pobres resultados alcanzados en comparación con los obtenidos en otras áreas de la salud. Para ejemplificar esto, Insel comparó las tasas de mortalidad en Estados Unidos (EEUU) para diferentes enfermedades; comenzó mostrando los resultados para uno de los principales tipos de cánceres en niños, la leucemia linfoblástica aguda (LLA). En 1975, esta enfermedad tenía una mortalidad del 95% en EEUU y, en 2015, habían logrado reducir la mortalidad a la mitad. Esto implica que gracias a los avances terapéuticos se evita la muerte de 6000 niños por LLA anualmente. Luego, mostró los resultados para las enfermedades cardiovasculares, que por su alta prevalencia, arrojan números que son aún más impactantes. Comparando el mismo período de tiempo (los últimos 40 años), la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en EEUU se redujo en un 63%. Esto implica que anualmente se evita la muerte de 1.100.000 personas por causa cardiovascular. Después comparó estos resultados con los obtenidos en salud mental, abordando el suicidio que es la principal causa de mortalidad en la especialidad, y mostró que en los últimos 40 años las tasas de mortalidad por suicidio en EEUU no se habían modificado. Lo que marca que hasta el momento las estrategias para reducir la principal causa de mortalidad en salud mental no han sido efectivas.

Pero esto es sólo una parte del problema. Más allá de la mortalidad, la gran dificultad de los trastornos mentales es el grado de discapacidad que generan. La mayoría son altamente prevalentes en la población, comienzan a edades tempranas, tienen un curso crónico y son altamente incapacitantes. Uno de los indicadores más empleados para medir discapacidad son los DALYs (*Disability-Adjusted Life Year*), que refleja los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad. En 2015, la revista *Lancet*, publicó los resultados del “*Global Burden of Disease Study*”, este estudio mostró que dentro de las primeras 20 causas de discapacidad a nivel mundial, 5 son por trastornos mentales: depresión mayor, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, distimia y trastorno bipolar («Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.» 2015). Pero el problema de la discapacidad es aún mayor. Este año, el Dr. Daniel Vigo, recalculó los datos de discapacidad del *GBD study*, teniendo en cuenta que este estudio no había incluido dentro de la categoría de trastor-

nos mentales los cuadros que se solapan con enfermedades neurológicas, los trastornos de personalidad, todos los síndromes de dolor crónico que se habían agrupado con los trastornos musculoesqueléticos; y que tanto el suicidio como las autolesiones sin finalidad suicida se habían agrupado en una categoría por fuera de los trastornos mentales. Al recalcular los datos se llegó a la conclusión que el 30% de la discapacidad global se debe a los trastornos mentales (Vigo, Thornicroft, & Atun, 2016).

Por otro lado, parece que muchas de las alternativas terapéuticas que venimos empleando no son tan efectivas como pensábamos. En los últimos años, se publicaron los resultados de una serie de estudios importantes que financió el *NIMH*. Estos son el *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)*, el *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D)* y el *Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)*. Estos estudios fueron diseñados para evaluar la efectividad de los tratamientos farmacológicos de los principales trastornos mentales: la esquizofrenia, la depresión mayor y el trastorno bipolar; en escenarios similares a los del mundo real (lo que actualmente se conoce como ensayos clínicos pragmáticos, ECP), con el objetivo de que los resultados tengan mayor validez externa que los obtenidos en ensayos clínicos aleatorizados (ECA). En líneas generales, los resultados obtenidos en estos 3 estudios no fueron muy alentadores. En el *CATIE* se demostró que el 74% de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos, abandonaron estos fármacos por la falta de eficacia o intolerancia dentro de los 8 meses (Lieberman et al., 2005). El *STAR*D* mostró que el 65% de los pacientes con depresión mayor no psicótica no alcanzaron remisión sostenida durante 12 meses y que el 30% son resistentes a los tratamientos farmacológicos disponibles (Rush et al., 2006). El *STEP-BD* mostró que hasta un 70% de los pacientes con trastorno bipolar presentaron síntomas de recaída durante los dos años posteriores al ingreso al estudio (Perlis et al., 2006). Es decir, un grupo pequeño de pacientes presenta remisión completa de los síntomas con los psicofármacos disponibles actualmente y -lo que es peor- para muchos de los tratamientos farmacológicos ni siquiera contamos con datos sobre su efectividad.

El escenario que tenemos es el de una serie de trastornos mentales que producen altos niveles de mortalidad y discapacidad, e intervenciones de moderada a baja efectividad. Las preguntas son ¿por qué no hemos podido obtener los mismos resultados que en otras áreas de la salud? y ¿cómo podemos cambiarlo?.

Insel sugiere que el motivo tiene que ver con una cuestión conceptual, piensa que el error es considerar que nuestro

objeto de estudio son las personas con “trastornos mentales” o “trastornos conductuales”, cuando en realidad deberíamos considerarlos personas con “enfermedades cerebrales”. Este cambio no pasa por una postura ideológica sino por una postura pragmática. Cuando estamos en presencia de los síntomas que hoy definen un trastorno mental (ej. las alucinaciones o ideas delirantes), o alteraciones a nivel conductual (ej. autolesiones), la enfermedad ha avanzado tanto que es difícil obtener beneficios con una intervención. Insel considera que, para obtener mejores resultados, debemos detectar las enfermedades antes e intervenir antes. Considerar a los trastornos mentales o conductuales como enfermedades cerebrales o enfermedades de los circuitos cerebrales nos llevaría a buscar indicadores de disfunción cerebral o de los circuitos cerebrales que aparezcan antes de que estos se expresen a nivel sintomático o conductual. De esta manera, podríamos obtener mayor impacto en nuestras intervenciones. Sería algo similar a lo que ocurre en la cardiología. Si uno interviene sobre el paciente que ya sufrió un infarto, la posibilidad de éxito de la intervención es reducida; pero si uno identifica los estadios iniciales de la enfermedad y modifica los factores de riesgo, puede obtener mejores resultados. Él propone mejorar los resultados en salud mental cambiando el marco conceptual, e investigar implementando como herramienta los *Research Domain Criteria* (RDoC) que fueron impulsados durante su dirección por el NIMH (Insel et al., 2010) y que llevaron a la polémica con la Asociación Americana de Psiquiatría por el DSM-5 (Insel, 2013).

Coincido con la visión de Insel, pero creo que además de los motivos mencionados hay otras razones por las que no hemos mejorado los pobres resultados que tenemos en salud mental. Uno de estos motivos es que, a diferencia de otras ramas de la salud, en salud mental muy pocos pacientes son sujetos de investigación. Si analizamos los ejemplos que mostró Insel, vamos a ver que los avances en los últimos 30 años que permitieron una reducción en la mortalidad de la LLA se debieron a que todo niño con la enfermedad era estudiado, estadiado, tratado con protocolos definidos, y los resultados eran documentados en forma estandarizada. Es decir todo niño que tenía LLA era sujeto de investigación. Lo mismo para el caso de las enfermedades cardiovasculares, para las que el número de estudios epidemiológicos y experimentales es ampliamente mayor que para salud mental. Hasta ciudades enteras han sido estudiadas durante décadas como el caso del *Framingham Heart Study*. Pero en salud mental, la implementación de estudios de investigación ha sido más lenta y más limitada, cobrando impulso en los últimos años. Esto se ve reflejado también en la lenta implementación de los estudios ECP en la especialidad (Vitiello, 2015).

Esto se ve también en nuestro medio. A modo de ejemplo,

en Argentina existe desde el 2010 el Instituto Nacional del Cáncer (INC). Uno de los principales objetivos de su creación era promover la investigación a través de subsidios, la formación de recursos humanos en oncología a través de becas de investigación, la creación de un registro nacional de tumores en nuestro país, etc. Toda esta información es pública y de fácil acceso, y puede consultarse en <http://www.msal.gov.ar/inc/>. Pero ésta no fue la política implementada en salud mental. También podemos ver qué pasa en cardiología, disciplina en la que se han realizado estudios epidemiológicos poblacionales importantes en Argentina en los últimos años, como el estudio CESCAS (Patel et al., 2016; Poggio et al., 2016; Rubinstein et al., 2015; Rubinstein et al., 2011), que aún está en curso y tiene como objetivo evaluar factores de riesgo cardiovasculares. Pero no hay estudios poblacionales sobre salud mental. Pasando a un plano más concreto, ¿cuántos de los pacientes que asistimos participan en algún protocolo de investigación? o ¿cuántas de las intervenciones que implementamos en nuestro medio están siendo estudiadas? Vayamos más allá de nuestra práctica y veamos los registros públicos de proyectos de investigaciones del GCBA durante todo el 2015 (GCBA, 2015). Al revisar los listados de proyectos para el medio público vamos a encontrar que sólo 18 sobre 204 trabajos (8,8%) son sobre problemas relacionados a la salud mental/adicciones, y si vamos al listado de los trabajos aprobados en el medio privado vamos a ver que 6 sobre 447 (1,34%) son sobre problemas relacionados con la salud mental/adicciones. Es decir que para los problemas de salud mental, que tienen elevada mortalidad y son los que mayor carga de discapacidad generan, durante todo el 2015 se presentaron menos del 4% del total de los proyectos de investigación en un distrito como el de la Ciudad de Buenos Aires.

Pienso que más allá del cambio en la conceptualización y en la implementación de los criterios RDoC, debemos pensar que para mejorar los resultados en salud mental *todo paciente debe ser un sujeto de investigación*. La producción científica en el área de salud mental, no sólo de Argentina, sino de toda la región de Latinoamérica es muy pobre. Los motivos de la baja producción y de la escasa influencia de la psiquiatría Latinoamericana a nivel mundial fueron recientemente revisados por Renato Alarcón y tiene importantes consecuencias (Alarcón, 2015).

En algún momento hay que empezar a hacer investigación, y este es un muy buen momento. Se están produciendo numerosos cambios en la comprensión de los trastornos mentales, su etiología, diagnóstico y el tratamiento. En enero del 2016 se publicó en la revista *Nature* un trabajo sobre esquizofrenia en el que se pudieron identificar variantes específicas del gen C4, relacionado con la poda sináptica, que están involucradas en la etiología de la enfermedad. Esto será un punto de inflexión

en nuestra comprensión sobre la etiología de esta patología (Sekar et al., 2016). Por otro lado, los avances logrados con nuevos fármacos como la ketamina para el tratamiento de los pacientes con depresión resistente e ideación suicida, no parten de una observación azarosa sino de una nueva estrategia para encontrar psicofármacos y abren la puerta de un nuevo grupo de antidepresivos de acción rápida (Abdallah, Sanacora, Duman, & Krystal, 2015). Las nuevas psicoterapias suman evidencia acerca de su efectividad (Linehan et al., 2015). Existen nuevas técnicas y equipos para estimular o inhibir los circuitos neuronales como las de estimulación magnética transcraneana (EMT). Aparecen nuevos kits de farmacogenética para predecir la respuesta a los psicofármacos (Daray, Maffia, Rothlin, & Errasti, 2012). Pero lo más impactante que veremos en los próximos años es el cambio en el modo de asistir a los pacientes, el avance de los tratamientos a distancia, de los grupos o redes virtuales de soporte para pacientes con trastornos mentales, y el desarrollo de las aplicaciones para teléfonos celulares (ya sea para diagnosticar, prevenir o tratar a los pacientes). La modalidad de tratamiento convencional de profesional y pacientes en un consultorio va a cambiar, no solo porque los pacientes van a reclamar otros modelos de asistencia, sino porque es necesario el cambio para que un sistema de salud como el argentino se vuelva más competitivo y accesible para todos. Nuestro país es ideal para el desarrollo de estas alternativas ya que contamos con escasos recursos económicos y con recursos humanos mal distribuidos a través del territorio. En este campo, que recién está empezando a desarrollarse, es donde más podemos crecer, desarrollar alternativas creativas, e investigar sus resultados. Es un buen momento para empezar, hay muchas novedades y podemos generar muchas más, debemos investigar cuáles de estas son efectivas, tienen un costo que podamos afrontar y son aceptadas por los pacientes en nuestro medio.

¿Cuáles son los motivos o las barreras que nos impiden hacer investigación en nuestro medio? y ¿cómo, siendo profesional en formación en salud mental, podés empezar? Algunas de las barreras son: (a) la falta de referentes en el campo de la investigación clínica, sobretudo en el medio público donde se forman la mayoría de los recursos humanos en salud mental en nuestro país; (b) los escasos incentivos para hacer investigación; y (c) las dificultades administrativas y/o burocráticas. La mayoría se pueden solucionar. Acá van algunas ideas:

(a) En relación con los referentes, lo ideal es que te sumes a algún grupo que haga investigación en la sede en la que te estas formando. Si no tenés un referente en tu sede una posibilidad es buscar algún tutor o director por fuera. Pero tené en cuenta que dependiendo la sensibilidad del tema que quieras estudiar, el sistema salud público a veces no es muy permeable a gente externa. Por eso, otra alternativa, si

no tenés referentes en salud mental, es que busques profesionales de la salud de otras disciplinas que hagan investigación en tu sede: busca cardiólogos, pediatras, clínicos, neurólogos e intentá sumarte a sus equipos, agregando a lo que ellos están haciendo la medición de algún aspecto de la salud mental de sus pacientes. De esa forma vas a aprender como llevan adelante los proyectos, vas a familiarizarte con la toma del consentimiento informado, vas a tener modelos de formularios para levantar datos en campo, ver como se arma una base de datos, como se analizan las variables, y como se escribe un *paper*. Todo eso que aprendas después lo vas a poder aplicar más específicamente a tus intereses dentro de la salud mental

(b) El tema de los incentivos es muy importante. En relación con los incentivos económicos, sabé que no te vas a volver millonario haciendo investigación. En general, para empezar te financias con becas. Una buena opción para los profesionales de salud son las becas Carrillo - Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación (<http://www.saludinvestiga.org.ar/>). Otras instituciones como el CONICET, la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, y las Universidades como la UBA, suelen tener llamados regulares para becas de iniciación (se suelen publicar en las páginas web de las Instituciones). Lamentablemente, la investigación no es muy valorada en el sistema actual de concursos para acceder a cargos de planta en los Hospitales. Por ejemplo, en la Carrera Municipal de Profesionales de la Salud, realizar un Doctorado -que es el máximo grado académico que otorga una Universidad, demora entre 2 y 6 años de tiempo, y lleva un gran esfuerzo- puntúa lo mismo que haber concurrido en 2 oportunidades a Congresos o Jornadas organizados por Entidades Científicas (<http://www.medmun.org.ar/pdf/carrera-texto.pdf>). Esto no depende de los profesionales en formación en salud mental (por ahora), pero sería bueno que cambie para incentivar a los profesionales de la carrera a investigar. De esta forma, se generarían más recursos humanos dentro del sistema que puedan dirigir a los que se están empezando a formar.

(c) Las barreras administrativas varían mucho dependiendo la sede. En líneas generales, para poder comenzar un trabajo de investigación, el mismo debe ser aprobado por el Comité de Docencia e Investigación (CODEI), el Comité de Ética en Investigación (CEI), y la Dirección de la Institución. De estas instancias, una de las más difíciles de sortear es el CEI que, entre otras cosas, evaluará los aspectos éticos relacionados a los proyectos de investigación. Como las reglamentaciones para la constitución y funcionamiento de los CEI es reciente en nuestro medio (antiguamente su función la cumplían los Comités de Bioética), vas a encontrar mucha variabilidad en su funcionamiento: en aquellas sedes con tradición en inves-

tigación tendrán mejor funcionamiento, en otras será peor, y hay otras que directamente no tienen CEI (lo que hace que sean muy difícil los trámites para hacer investigación). Mi recomendación si tu sede no tiene un CEI, el CEI se está armando, o no tienen un funcionamiento muy dinámico; es que trabajen en forma conjunta con profesionales en formación de otras sedes, en las que los CEI funcionen mejor. Escriban un trabajo para realizar conjuntamente, luego elijan la mejor sede para presentarlo al CEI, y una vez que cuenten con la aprobación de ese CEI, lo podes presentar en la otra sede. Esto no te garantiza que lo aprueben, pero si un trabajo fue bien evaluado y aprobado en una sede, es más sencillo que lo apruebe la otra. También los requisitos que te van a pedir para presen-

tarte como Investigador en un proyecto van a variar en cada sede. Algunas permiten que los profesionales en formación presenten proyectos, otras solicitan que acredites con algún curso formación en ética e investigación, y otras solicitan que tengas un profesional de planta como supervisor.

En las próximas décadas, se producirán numerosos cambios en la especialidad, estamos a tiempo de participar de este desarrollo en lugar de sólo presenciarlo. Para esto, debemos comenzar a desarrollar e investigar nuevas estrategias de intervención en salud mental en nuestro medio. Aunque suene radical, debemos pensar que cada uno de nuestros pacientes debe ser un sujeto de investigación.

REFERENCIAS

- Abdallah, C. G., Sanacora, G., Duman, R. S., & Krystal, J. H. (2015). Ketamine and rapid-acting antidepressants: a window into a new neurobiology for mood disorder therapeutics. *Annu Rev Med*, 66, 509-523. doi:10.1146/annurev-med-053013-062946
- Alarcón, R. D. (2015). The price of absence: Latin American Psychiatry in the wider world. *Salud Mental*, 38(2), 81-88.
- Daray, F. M., Maffia, P. C., Rothlin, R. P., & Errasti, A. E. (2012). [Pharmacogenetics in psychiatry: how far are we from clinical application?]. *Vertex*, 23(104), 299-309.
- GCBA. (2015). Registro de Proyectos de Investigaciones Retrieved from <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docencia/investigacion/investigacion/comite-central-de-etica-en-investigacion>
- Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. (2015). *Lancet*, 386(9995), 743-800. doi:10.1016/s0140-6736(15)60692-4
- Insel, T. (2013). Director's Blog: Transforming Diagnosis. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., . . . Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*, 167(7), 748-751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., . . . Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*, 353(12), 1209-1223. doi:NEJMoa051688 [pii]10.1056/NEJMoa051688
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., . . . Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Patel, S. A., Ali, M. K., Alam, D., Yan, L. L., Levitt, N. S., Bernabe-Ortiz, A., . . . Prabhakaran, D. (2016). Obesity and its Relation With Diabetes and Hypertension: A Cross-Sectional Study Across 4 Geographical Regions. *Glob Heart*, 11(1), 71-79. e74. doi:10.1016/j.gheart.2016.01.003
- Perlis, R. H., Ostacher, M. J., Patel, J. K., Marangell, L. B., Zhang, H., Wisniewski, S. R., . . . Thase, M. E. (2006). Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, 163(2), 217-224. doi:163/2/217 [pii]10.1176/appi.ajp.163.2.217
- Poggio, R., Seron, P., Calandrelli, M., Ponzo, J., Mores, N., Matta, M. G., . . . Bazzano, L. (2016). Prevalence, Patterns, and Correlates of Physical Activity Among the Adult Population in Latin America: Cross-Sectional Results from the CESCAS I Study. *Glob Heart*, 11(1), 81-88.e81. doi:10.1016/j.gheart.2015.12.013
- Rubinstein, A. L., Irazola, V. E., Calandrelli, M., Elorriaga, N., Gutierrez, L., Lanás, F., . . . He, J. (2015). Multiple cardiometabolic risk factors in the Southern Cone of Latin America: a population-based study in Argentina, Chile, and Uruguay. *Int J Cardiol*, 183, 82-88. doi:10.1016/j.ijcard.2015.01.062
- Rubinstein, A. L., Irazola, V. E., Poggio, R., Bazzano, L., Calandrelli, M., Lanás Zanetti, F. T., . . . He, J. (2011). Detection and follow-up of cardiovascular disease and risk factors in the Southern Cone of Latin America: the CESCAS I study. *BMJ Open*, 1(1), e000126. doi:10.1136/bmjopen-2011-000126
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., . . . Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*, 163(11), 1905-1917. doi:163/11/1905 [pii]10.1176/appi.ajp.163.11.1905
- Sekar, A., Bialas, A. R., de Rivera, H., Davis, A., Hammond, T. R., Kamitaki, N., . . . McCarroll, S. A. (2016). Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature*, 530(7589), 177-183. doi:10.1038/nature16549
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. doi:10.1016/s2215-0366(15)00505-2
- Vitiello, B. (2015). Practical clinical trials in psychopharmacology: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol*, 35(2), 178-183. doi:10.1097/jcp.0000000000000295



YO ESTUVE EN

Huitzilac, México. Un diagnóstico de salud mental comunitaria



FEDERICO MARTÍN FALK

Psicólogo. Residente de cuarto año en Salud Mental. Hospital P. Piñero. Período 2013-2017. federicofalk@gmail.com

MARIELA LLORCA

Psicóloga. Residente de cuarto año en Salud Mental. Hospital Alvear. Período 2013-2017. marielasll@hotmail.com

SEBASTIÁN RIQUELME

Psicólogo. Residente de cuarto año en Salud Mental. Hospital Alvear. Período 2013-2017. sebastianriq@gmail.com

RESUMEN :: El presente escrito se propone describir la investigación realizada en la comunidad de Huitzilac, Estado de Morelos, México en el marco de nuestra rotación libre por el Centro Latinoamericano de Investigación, Intervención y Atención Psicosocial en febrero de 2016. Dicho trabajo responde a la necesidad de indagar las problemáticas de salud mental de la comunidad mencionada, en virtud de la escasa información disponible en dicho campo. Describiremos esta primera aproximación diagnóstica, mediante la cual se buscó la identificación de problemas de salud mental comunitarios, a partir de entrevistas realizadas fundamentalmente en tres sectores: instituciones de salud; instituciones educativas y otros miembros de la comunidad.

PALABRAS CLAVE :: Diagnóstico – Salud mental - Comunidad – Huitzilac - México

ABSTRACT :: The aim of this paper is to describe the research we carried out in the community of Huitzilac located in the State of Morelos, Mexico within the framework of our psychology internship at the Centro Latinoamericano de Investigación, Intervención y Atención Psicosocial [Latin American Center for Research, Psychosocial Intervention and Assistance].

We looked into matters of mental health in said community given the poor available information in this field. We will describe this first diagnostic approach, by identifying problems of community mental health based on interviews with health and educational institutions and other community members.

KEY WORDS :: Diagnosis – Mental Health – Community – Huitzilac – México

INTRODUCCIÓN

¿Conocemos las comunidades en las cuales nos insertamos como profesionales?
¿De qué modo nos acercamos a las problemáticas de las mismas? ¿Tenemos alguna noción, al menos aproximada, del estado de situación de la salud de las poblaciones con las cuales trabajamos? ¿Con qué información contamos sobre la salud



mental de las mismas? Para responder estas preguntas, o al menos para poder formularlas, fue necesario pasar por la experiencia de la rotación libre. Paradójicamente, la misma se llevó a cabo muy lejos de nuestros hospitales y de la población con la que trabajamos cotidianamente, más precisamente en Huitzilac, Estado de Morelos, México.

El presente escrito se propone describir la investigación realizada en el marco de nuestra rotación por el *Centro Latinoamericano de Investigación, Intervención y Atención Psicosocial*, durante el mes de febrero de 2016. Dicho trabajo, coordinado por el Dr. Jorge Mario Flores Osorio, constituye una primera aproximación que permitió observar los fenómenos emergentes concernientes al campo de la salud mental comunitaria, así como las particularidades y significaciones presentes en la comunidad. Podemos decir que las mismas, lejos de ser hechos aislados, están estrechamente relacionadas con otras dificultades en la situación de salud de dicha comunidad, así como con determinantes sociales, culturales, políticos, ambientales y económicos. Por otra parte, tal como señala el Dr. Jorge Mario Flores Osorio junto con Maritza Montero, es necesario tener en cuenta que los problemas presentes en las comunidades *“más que en la psicología tienen su explicación en la historia de violencia, represión, opresión, explotación y exclusión del sistema colonial o imperial”* (Flores Osorio, 2011, 45).

Creemos interesante compartir esta experiencia, ya que nos permitió reconocer la importancia de relevar las problemáticas de salud de la población desde el punto de vista de la comunidad. Para ello se realizaron una serie de entrevistas, fundamentalmente en tres sectores: instituciones de salud; instituciones educativas y otros miembros de la comunidad.

Es importante señalar que dadas las limitaciones de tiempo y de recursos para la realización del relevamiento, el mismo constituye únicamente un puntapié inicial para futuras investigaciones e intervenciones que permitan un acercamiento más riguroso.

Diagnóstico comunitario en salud mental

Para el presente relevamiento definimos la salud mental como *“el nivel alcanzado de bienestar psicosocial de una población, su capacidad de organización y participación en la vida social-comunitaria, enmarcados en un contexto de democracia, solidaridad y convivencia armónica, que permita un desarrollo autónomo, potenciador de las capacidades individuales y colectivas, preparado para sostener y aceptar las diferencias individuales y colectivas, realizando actividades que garanticen el bien común para las actuales y las futuras generaciones.”*¹. Tal como señala Prince *“una de las múltiples razones para estudiar los fenómenos concernientes a la salud mental reside en la convicción de que las dimensiones psicosocial y de la salud mental, son dos componentes relevantes del concepto de salud”*². Por ello, se sostiene que no hay salud sin

salud mental, y por lo tanto, no hay salud mental si no es en el contexto de las restantes prácticas de la salud.

A partir de la definición propuesta por Gofin y Gofin (2011), entendemos por salud mental comunitaria la expresión colectiva de la misma en los niveles individual y de grupos en una comunidad definida. La salud mental está determinada por la interacción de los factores personales, familiares, del ambiente socio-económico-cultural y físico, así como por los servicios de salud y de salud mental. A estos factores más inmediatos se agregan la influencia de la sociedad en general, la política nacional y el impacto de la globalización.

A través del diagnóstico comunitario se pretende un acercamiento a las subjetividades de los miembros de la comunidad y su relación con el entorno, conociendo así sus prácticas culturales tradicionales.

La aproximación diagnóstica a la comunidad, facilita la identificación de cuáles son los determinantes a imputar cuando se diagnostican problemáticas de salud mental. Tal como se mencionó, este trabajo consistió en un primer reconocimiento de las necesidades de salud mental de la comunidad, en la exploración de los recursos existentes para atenderlas y en la identificación de las características demográficas, económicas, sociales y culturales de la comunidad. Tal como señalan Gofin, Levat y Rodríguez (2012), la denominación de esta etapa como “preliminar”, implica que se trata de una fase inicial de reconocimiento de la comunidad, que luego podrá ser seguida por el estudio de la distribución en la comunidad de un problema específico y sus factores determinantes.

Huitzilac y la dificultad de definir la comunidad

¿A qué nos referimos al hablar de comunidad? Tal como señala Maritza Montero: *“una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciendo como unidad y potencia social. Es un grupo social histórico que refleja una cultura, posee cierta organización e intereses y necesidades compartidas”* (Montero, 2004, 207). La autora plantea que para poder diferenciarla de una institución, empresa u otros grupos, uno de los factores psicosociales más relevantes es la existencia de un sentido de identidad comunitaria y un sentido de comunidad. Este constituye un proceso que se entretiene en las relaciones comunitarias y en la intersubjetividad que se da en contextos específicos que generan una historia en común.

El municipio de Huitzilac se localiza en el noroeste del estado de Morelos. La población que vive en el municipio asciende a 17.340 habitantes. Dentro del municipio se encuentran las localidades de Coajomulco, Tres Marías, Montecasino y Huitzilac (cabecera del municipio).

El mismo es considerado como la puerta de entrada al estado de Morelos ya que es paso obligado entre la Ciudad de México, la Ciudad de Cuernavaca y toda la costa del estado de Guerrero. Debido a esta ubicación, es utilizado por muchos viajeros como parador de descanso, por lo cual el municipio cuenta con gran cantidad de tiendas.

Las principales actividades económicas son la agricultura, la ganadería y el comercio. Además, un sector del municipio se dedica a la explotación del recurso forestal, venta de madera y de tierra para jardín de manera ilegal.

En relación a las instituciones de salud, se cuenta con tres establecimientos estatales ubicados en las localidades con más densidad demográfica: Huitzilac, Tres Marías y Coajomulco.

Debido a que las respuestas que brindan los servicios de salud son insuficientes, muchas personas recurren a clínicas particulares, farmacias (proveen atención médica a bajo costo) o realizan consultas fuera del municipio tanto en efectores privados como gubernamentales.

SECTOR SALUD

Antes de adentrarnos en las particularidades de la comunidad de Huitzilac, debemos entender el contexto en el que se encuentra México y específicamente el estado de Morelos con respecto a la salud mental.

La salud mental en México

Según el informe presentado por la OMS en el año 2011, México se encuentra en un período clave con respecto a este campo ya que durante el período 2007- 2012, la Secretaría de Salud de México elaboró el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental *“con el propósito de disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación”* (Secretaría de Salud de México, 2013) apuntando a un cambio hacia la atención en salud mental comunitaria.

Según este informe, entre sus principales fortalezas se encuentran *“los planteamientos para integrar la salud mental a la red de servicios de salud en general”* y *“la propuesta de revisar y actualizar la legislación en materia de salud mental, la protección de los derechos humanos de los pacientes y la protección social de los trastornos mentales prioritarios”* (Secretaría de Salud de México, 2014).

A pesar de ello, actualmente no existe una ley nacional específica de salud mental, si bien la Ley General de Salud, incluye un capítulo referido a la salud mental.

Siguiendo con dicho informe, podemos decir que del total del presupuesto asignado a la salud, solo el 2% es orientado a la salud mental. Al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, gran parte del mismo está destinado a los hospitales monovalentes (80%), viéndose reducidas las acciones enfocadas al trabajo comunitario. Existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internación psiquiátrica en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales, en las grandes ciudades del país, ocupándose fundamentalmente de la atención de adultos. A su vez se cuenta con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios.

En cuanto a los profesionales, el número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 técnicos de salud, concentrándose mayormente en los hospitales psiquiátricos.

Asimismo, es importante resaltar las enormes barreras geográficas y culturales que dificultan la atención a la población rural e indígena.

En cuanto a las disposiciones legislativas, se destaca que si bien existen normativas para la protección de las personas con alguna discapacidad o contra la discriminación, las mismas resultan insuficientes y con un control muy escaso.

En el ámbito educativo, pocas escuelas de nivel medio y medio superior cuentan con psicólogos o realizan actividades de promoción y prevención en salud mental.

Por último se señalan dificultades respecto a la recolección de datos en los sistemas de salud mental. A las complicaciones en cuanto al registro estadístico y cuantitativo por parte de los servicios de salud, debemos agregar la falta de investigaciones de tipo cualitativo y comunitario que puedan dar cuenta de las necesidades de la población, así como las particularidades y el complejo sistema de significación-valoración presente en las comunidades.

Estado de Morelos

Para el presente relevamiento se realizaron entrevistas con coordinadores del Programa Estatal de Salud Mental del Estado de Morelos. Estos señalaron que a partir del año 2013 se comenzaron a aplicar una serie de cambios en el Programa Estatal de Salud Mental para descentralizar la atención, ya que hasta ese momento la misma se encontraba concentrada en los grandes núcleos urbanos.

El acceso a los servicios de salud en México se divide entre la población derechohabiente y no derechohabiente. El primer grupo se divide entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el caso de los no dere-

chobahientes, pueden contar con el Seguro Popular³, ser parte de la población abierta o contar con programas como Prospera⁴.

La red de salud mental de Morelos cuenta con 68 núcleos (médicos generales) y 3 UNEME CISAME (Centro Integral de Salud Mental) uno por cada una de las 3 jurisdicciones en las que se divide el estado: CISAME Xochitepec -de la cual forma parte el municipio de Huitzilac-, CISAME Zacatepec y CISAME Cuautla.

Por último, se cuenta con 16 módulos de psicólogos distribuidos a lo largo del estado. **Cabe destacar que el municipio de Huitzilac es el único que no cuenta con psicólogos, psiquiatras, ni con médicos que hayan recibido capacitación en salud mental**, aunque sí cuenta con servicio de psicología perteneciente al Desarrollo Integral de la Familia (DIF) el cual no forma parte de la Secretaría de Salud.

Instituciones de salud relevadas

Durante la investigación se realizaron las siguientes entrevistas a instituciones y actores pertenecientes al sector salud:

- Centro de Salud Huitzilac: entrevista con la responsable de unidad y con promotor de salud
- Taller de diagnóstico comunitario en salud en el municipio de Huitzilac con diferentes actores comunitarios.
- Entrevista con el Director de Salud del Municipio de Huitzilac
- Centro de Salud Tres Marías: entrevista con la responsable de unidad
- Hospital Parres: entrevista con psicólogo del servicio de consulta externa
- Coordinadora estatal del Programa de Salud Mental del Estado de Morelos

Caracterización

En el municipio de Huitzilac existen tres Centros de Salud ubicados en las localidades de Huitzilac, Tres Marías y Coajomulco. Los mismos cuentan con una estructura similar en cuanto a profesionales y modalidad de atención.

Estos cuentan con una médica responsable de unidad, dos o tres médicos pasantes (estudiantes de la Carrera de Medicina), enfermeros y en algunos centros promotores de salud. Funcionan como unidades de Atención Primaria de la Salud (cuidados básicos, tratamientos de baja complejidad y actividades de promoción y prevención de la salud). Ninguno de estos efectores cuenta con psicólogos, psiquiatras u otros profesionales especializados en temáticas de Salud Mental. En cuanto a los profesionales, se destaca que estos no viven en la localidad de Huitzilac, ni en el municipio, asistiendo al mismo únicamente para trabajar.

Respecto a las problemáticas de salud mental más frecuentes, se menciona la depresión, la violencia y el alcoholismo. Refieren que estas no suelen aparecer de manera espontánea sino a partir de entrevistas por otros motivos de consulta.

En el caso de las depresiones, se atribuye mayormente a grupos de mujeres de 20 a 59 años por problemas familiares y/o económicos. Se señala también la predominancia de situaciones de violencia contra la mujer. Estas son detectadas a partir de entrevistas con mujeres que llegan a los efectores de salud por otros motivos. Se resalta la inexistencia de denuncias formales por parte de las mismas, así como la naturalización de estas situaciones por parte de la comunidad.

En relación al alcoholismo, según refieren distintos actores, se circunscribe principalmente a grupos de hombres. No suelen realizarse consultas por este motivo, negándose la problemática y apareciendo como motivo de consulta únicamente al generar el consumo de alcohol otras enfermedades crónicas.

Por otro lado, se sitúan como problemáticas frecuentes en los adolescentes la violencia familiar, las adicciones, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Según sostienen *“estas problemáticas tienen que ver con la falta de actividades recreativas, ocupacionales, culturales”*.

Según diversos actores, algunos determinantes involucrados en las problemáticas de salud, tienen que ver con cuestiones culturales que se transmiten en las familias. Otros factores, se relacionan con la falta de agua, de gas y la pobreza, las cuales constituyen importantes trabas para el cuidado de la salud. Asimismo, se plantea como dificultad para las intervenciones la poca participación de la población en las actividades propuestas.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Instituciones relevadas

Escuela Primaria Federal Francisco V. Pacheco: entrevista con docente de 3er grado.

Escuela Primaria Huitzilopxtli: entrevista con directora.

Escuela Primaria y Preescolar “Diego Rivera”: entrevista con docente de 3er grado.

Preparatoria Comunitaria Tres Marías: entrevista con director y equipo de psicólogos.

Preparatoria CBTA: entrevista con psicóloga, Lic. En Ciencias de la Educación y docentes.

Caracterización

En cuanto a las características de la población, las instituciones educativas destacan que casi la totalidad de alumnos vive en el municipio de Huitzilac. Los mismos pertenecen a familias trabajadoras, las cuales se dedican al cultivo de la tierra, a trabajos en la construcción y en fábricas o comercios. Es reiterada la referencia a los problemas socioeconómicos existentes en las familias.

Al igual que en las instituciones de salud, casi la totalidad de trabajadores vive en otros municipios, en su mayoría en la Ciudad de Cuernavaca y asisten a Huitzilac para trabajar, debido a que es prácticamente nula la presencia de estudiantes de magisterio en la localidad.

Tanto en las escuelas primarias como en las secundarias, los entrevistados plantean que no se cuenta con profesionales de la salud mental ni con capacitaciones o espacios de reflexión sobre estas temáticas. Según refieren, cuando se presentaran problemas relacionados con la salud mental, la resolución de los mismos depende de la voluntad de los docentes. Generalmente se intenta abordarlos de forma individual con el alumno y eventualmente con las familias. Sin embargo, se resalta la falta de participación de estas últimas en las actividades escolares. Esto es relacionado con dificultades laborales y atribuido a cierta apatía o desinterés con respecto al proceso educativo de sus hijos. Sin embargo, es escasa la reflexión acerca de las estrategias llevadas a cabo por la institución para favorecer dicha participación.

Como principales problemáticas de salud mental se mencionan la violencia intrafamiliar, la disgregación familiar, la violencia de género, el alcoholismo o el consumo de drogas.

Los problemas de alcoholismo o consumo de drogas se relacionan, para los educadores, con la falta de empleos fijos o actividades recreativas. Expresan además, que la presencia de trabajos informales y/o ilegales (tala de árboles, venta de tierra fértil, actividades delictivas y venta de drogas) influye en la falta de proyectos de vida en los jóvenes, generando deserción escolar. Otros factores que influyen en la deserción escolar tienen que ver con la alta marginación, la necesidad de trabajar, sobre todo en el caso de los hombres, y el casamiento y embarazos en las mujeres. Si bien la mayoría de los alumnos termina el secundario, la deserción en el nivel de preparatoria e ingreso a la universidad es elevada.

A diferencia de las escuelas primarias y secundarias, las dos preparatorias que funcionan en el municipio cuentan con psicólogos y tutores. Los psicólogos entrevistados señalaron que su trabajo prioriza la orientación educativa. Sin embargo, también se incluyen sobre aspectos emocionales, orientación vocacional y habilidades sociales. En cuanto a los espacios individuales, en ocasiones se realizan entrevistas específicas, siendo las más habituales las relacionadas con problemas familiares o de pareja y dificultades con el grupo de pares. Se aclara que en los casos de mayor gravedad o de detección de psicopatologías se realizan derivaciones a los efectores de salud.

COMUNIDAD

Entrevistas realizadas

- Población general
- Comité de padres de Escuela Primaria Huitzilopoxtlí
- Sacerdote de la iglesia de Huitzilac

Caracterización

Durante el relevamiento se realizaron entrevistas a diferentes miembros de la comunidad. Por cuestiones operativas las mismas han sido limitadas y se redujeron a entrevistas fundamentalmente con comerciantes de la localidad.

Una de las dificultades a la hora de realizar un diagnóstico en salud mental se relaciona con la falta de información y la invisibilización de dicho campo por parte de los miembros de la comunidad. Esto fue especialmente notorio en la comunidad de Huitzilac.

Es llamativa la ausencia de referencia a diagnósticos médicos y/o psicológicos por parte de la población. Al entrevistar a referentes comunitarios, los mismos destacan su desconocimiento con respecto al saber médico y psicológico tradicional. No obstante, estos son priorizados por sobre los saberes de la comunidad. De este modo se desvalorizan los modos que la misma tiene para enfrentar problemáticas sociales, emocionales, psicológicas y médicas. En este sentido, muchos de los entrevistados destacaron la necesidad de contar con profesionales, sin poder dar cuenta del modo en que afrontaban las dificultades en este campo.

Al indagar sobre las problemáticas más frecuentes, los entrevistados mencionaron -al igual que en los otros sectores- la violencia intrafamiliar, el alcoholismo, la disgregación familiar y la depresión.

Otra problemática relevante para los miembros de la comunidad, tiene que ver con la “*mala fama*” que ha adquirido Huitzilac en los últimos años, asociándose la localidad con actos delictivos, secuestros, robos y asesinatos. Sin embargo, los pobladores sostienen que dicha reputación no se corresponde con la realidad, argumentando que los delitos son llevados a cabo por gente perteneciente a otras localidades. A pesar de ello, sostienen que esta situación impide el desarrollo del turismo y genera la estigmatización de los pobladores tanto en las posibilidades de conseguir empleo, como en la atención en salud en otros municipios.

CONCLUSIONES

Luego de las entrevistas realizadas, pudimos aproximarnos a la situación general en la cual se encuentra la comunidad de Huitzilac. Las distintas instituciones y pobladores de la localidad, han presentado una visión coincidente acerca de la realidad de la misma. Como se ha mencionado, las dificultades económicas han generado una enorme fragmentación de los lazos sociales existentes a partir de la desaparición de antiguas formas de trabajo.

Asimismo, la ubicación geográfica de la localidad, cerca de tres grandes centros urbanos, propicia tanto inmigración de familias de otros estados como emigración de los pobladores en busca de empleo. Esto deriva en la poca estabilidad de la comunidad, a través de la disolución de los lazos sociales y familiares. Por otro lado, la proximidad a las ciudades y la falta de empleo han aumentado los índices de criminalidad en la región. En este contexto, es que se señala que la "mala fama" de la localidad ha afectado el sentido de identidad de los pobladores por medio de la estigmatización de los ciudadanos y limitado la posibilidad de desarrollar actividades como el turismo. A su vez, la ausencia de actividades recreativas, culturales y/o sociales ha sido destacada por los diferentes actores.

Es sólo teniendo en cuenta este contexto que puede pensarse la situación de salud mental descrita por los entrevistados. Relacionándolas con dichos determinantes, las problemáticas mencionadas como más frecuentes han sido la violencia - fundamentalmente la violencia de género - el consumo problemático de drogas en jóvenes y de alcohol - en hombres de todas las edades - y la depresión en el caso de mujeres adultas relacionado con disputas familiares. En el caso de problemáticas de salud mental en la infancia, también se relacionaron las mismas con la realidad socioeconómica de la comunidad. Si bien se ha señalado la existencia de casos de niños con

dificultades en el desarrollo y en el aprendizaje, se destaca un gran desconocimiento de estas situaciones dado que estos son derivadas a instituciones fuera de la comunidad. Por último, es llamativa la ausencia de referencia a diagnósticos psicopatológicos tanto en niños como en adultos.

Durante el relevamiento, hemos notado una constante referencia a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, en especial de salud mental. La región no cuenta con especialistas en el campo de la salud mental. Los profesionales, a su vez, expresan la ausencia de especializaciones y capacitaciones en éste área. Sin embargo, como se ha mencionado, los pobladores suelen mantener la creencia de que los problemas de salud mental tienen que ser abordados únicamente por agentes externos, "profesionales", desvalorizando las acciones de la propia comunidad.

A ello se suma, la ausencia de acciones de desarrollo comunitario, de promoción de la salud o preventivas. En los pocos casos en que se dan, las mismas se limitan a la población derechohabiente, descuidando a los sectores más vulnerables de la comunidad.

A pesar de estas dificultades, es destacable la capacidad de la comunidad para registrar las problemáticas presentes. Creemos que el hecho de que sea una localidad pequeña, permite un adecuado registro de las condiciones de salud y de enfermedad, dando múltiples posibilidades de desarrollo de prácticas de salud colectiva. Podemos decir que si bien se destaca una fractura social en los últimos años, la comunidad mantiene aún una amplia red entre sus miembros.

En base a estas conclusiones, consideramos necesario continuar investigando de qué modo la comunidad ha ido abordando estas problemáticas a lo largo de los años para que no permanezcan invisibilizadas y puedan ser reconocidas y tomadas en cuenta a la hora de planificar acciones de salud por parte de las instituciones. En este mismo sentido, es importante promover la identidad de la comunidad, rescatando aspectos mencionados por los pobladores, tales como la historia, las celebraciones, las tradiciones y la riqueza del medio ambiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arellano López, O.; Escudero, J.C.; Carmona L.D. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, México. 2008.
- De la Cruz, M. y Montes de Oca O'Reilly, A.: "Las representaciones de las familias jornaleras en torno a la educación..." en Familia-escuela-comunidad. Teorías en la práctica. Ediciones Mínimas. Morelos, México. 2014.
- Flores Osorio, J.M.: Psicología y Praxis Comunitaria; una visión latinoamericana. Cuernavaca, Morelos, México. Ed. Latinoamericana. Mayo de 2011
- Gómez Manjarrez, I. M.: "Cultura e identidad en los jóvenes hijos de comuneros de Huitzilac, Morelos: experiencia desde la psicología comunitaria". UAEM. Facultad de Psicología. Cuernavaca, Morelos, México. Diciembre 2011
- Gofin J, Levav, L. Rodríguez. JJ Del examen preliminar al diagnóstico comunitario. El examen preliminar. En Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Asociación Española De Neuropsiquiatría. Madrid 2012
- Gofin J, Gofin R. Essentials of Global Community Health. Sudburu MA: Jones and Bartlett Learning; 2011
- IES - OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en México. México 2011.
- Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Paidós. Ibérica. 2004.
- Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. Secretaría de Salud, 2014
- Ley General de acceso se las mujeres a una vida libre de violencia de México. http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro_popular/
- https://www.prospera.gob.mx/swb/es/PROSPERA2015/Quees_PROSPERA

NOTAS

- 1 Lodieu, María Teresa, en base a definiciones de A. Stolkiner, S. Berman, M. Clara y E. Galende
- 2 Citado en Yanco Et. Al. "Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina" En Revista Salud Mental y Comunidad. UNLa. 2012
- 3 http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro_popular/
- 4 https://www.prospera.gob.mx/swb/es/PROSPERA2015/Quees_PROSPERA

5

Los cinco fantásticos

FRANCO MAGRINI

— Foto: Maira Albarracín



Luego de darnos una panzada con la opinión de los que más saben y lo compartido por nuestros compañeros en sus experiencias del investigar, parecía una idea interesante hacer una infusión digestiva con brotes de algunas anécdotas que crecen en el jardín de la investigación. Como tantos otros digestivos, no debieran ser demasiada sorpresa algunas notas amargas al paladeo.

Claro que la investigación nos ha dotado con conocimientos críticos para el desarrollo humano, pero puede ser interesante tener presentes algunos reveses.

Han pasado ya algunos añitos desde lo que podría interpretarse como uno de los primeros ensayos clínicos. Allá por el Viejo Testamento, el Libro de Daniel cuenta sobre cómo la diferencia en la dieta indicada por el Rey Nabucodonosor de Babilonia y la sugerida por Daniel, llevaría a cuatro jóvenes de una muestra reducida ($n=10$), en un período breve de seguimiento (10 días) a estar mejor alimentados y sanos que el resto (un outcome medido a ojo de buen cubero). No obstante, esto sirvió para poder tomar una conducta que llevó a los cuatro jóvenes a tener un desempeño superior, valiéndole esto puestos en el servicio del Rey. La cuestión metodológica se ha sofisticado bastante desde entonces. Pero no por esto estamos exentos de algunos errores, vicios y acciones antiéticas. Ni nosotros, legos, ni...

1

...investigadores de la talla de Brian MacMahon, cabecilla de la Escuela de Salud Pública de Harvard. En 1981 MacMahon publicaría mediante un estudio de casos y controles, una posible relación entre el consumo de café y el desarrollo de cáncer de páncreas. Más allá del pataleo mediático del capital cafetero, sus hallazgos no fueron replicables y la explicación se debe en parte a uno de los tantos sesgos de los cuales los estudios pueden ser víctimas. En este caso uno de los sesgos de selección observados derivaría de que el grupo control (sin cáncer) fueran pacientes de los mismos médicos –generalmente gastroenterólogos- que atendían a los casos (con cáncer). Habitualmente el café es una sustancia que se recomienda disminuir en enfermedades gastroenterológicas por lo que se explica que el grupo control haya tenido menor exposición al café. El diseño de los estudios es fundamental para evitar estos sesgos, no obstante lo cual incluso los Estudios Clínicos Aleatorizados -considerados los estudios con menor riesgo de sesgo- pueden caer en ciertos vicios...

2

...tales son los ejemplos de sesgos de publicación. Está documentada la tendencia de los autores, revisores, y medios a publicar aquellos estudios que ofrezcan resultados “estadísticamente significativos” vs aquellos que no (“estadísticamente cajoneados”). De esta manera se puede generar una falsa sensación de consistencia entre estudios: solo se escucha una campana (ejemplos de este fenómeno están descritos en casos de demostración de los efectos de antidepressivos y algunas psicoterapias). Por otro lado este tipo de hallazgo aumenta las posibilidades de ser “citado” por otros trabajos –moneda valiosa y de intercambio creciente entre investigadores-. Es interesante que esta búsqueda de “impacto” es solo una arista del poliedro que se ha gestado en el mundo de la investigación...

3

...y se conoce como “publish or perish”. Este concepto incluye también a la necesidad que se presenta en los círculos de investigación de aumentar el número de publicaciones como forma de competir por los recursos asignados a esta disciplina. Co-autorías falsas, el salami-slicing (fetear los resultados de un mismo estudio en varias publicaciones), duplicación de estudios, son algunas maniobras que pueden hacer que la calidad de la investiga-

ción caiga en un segundo lugar de importancia frente la cuestión de haber publicado algo. Pero siempre hay un rockstar que lleva las cosas al extremo...

4

En el área de la anestesiología, el Doctor en Medicina Yoshitaka Fujii, cuenta con más de 180 papers que pasaron, luego de varios años de circulación, por un proceso de “retracción” (*retraction*, ver retractionwatch.com) –básicamente ser dados de baja-, tras haberse demostrado algunas bondades como publicar resultados de estudios inexistentes, o que no estaban autorizados por los comités de bioética, o incluso habría acusado co-autores que niegan haber participado de los estudios en cuestión. El mismo fenómeno se da en otras áreas como la psicología social, donde Diederik Stapel se hizo famoso por haber dibujado y manipulado inescrupulosamente datos, lo que le valió hasta ahora 58 retracciones. El tema de las retracciones incluye también maniobras como la falsificación de revisores “externos” (otro requisito para ser publicado, ver Hyung-In Moon para más detalles). Claro que estas maniobras no siempre son individuales...

5

...se han descrito fenómenos relacionados al origen de los fondos de las investigaciones. Algunos autores incluso proponen el nombre de “Industry Bias” para hacer referencia al aumento de posibilidades de que los resultados de un estudio se den a favor de la droga del laboratorio que invierte en la publicación en cuestión. Así por ejemplo, para definir la superioridad de la eficacia entre los antipsicóticos atípicos, se ha descrito que el 90% de los estudios financiados por farmacéuticas arrojan datos que alientan su producto. Y metodológicamente habría varias formas estudiadas para retorcer números.

Con un poco de suerte, el resultado de esta digestión ayude a llamarnos la atención a los profesionales en formación sobre el rol que adquiere profundizar en nuestros conocimientos sobre lectura crítica de la tan preciada evidencia sobre la cual deseamos muchas veces basar nuestras prácticas.