

Nestor F. Marchant

**Experiencias comunitarias
en el Hospital Moyano**

ISBN987-95839-7-3

Primera edición 2000 © by Editorial Ananké

Gral. Mitre 339, (1878) Quilmes, Pcia de Buenos Aires, Argentina

Telefax 54-11-4254-2261

hugo@marietan.com.ar

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción parcial o total por cualquier medio gráfico o informático sin previa autorización del autor.

Prefacio

Dr. Néstor F. Marchant

Quiero dedicar este libro a todos los que desde sus distintos puestos de trabajo ponen sus esfuerzos, sus conocimientos y su tiempo a la atención de los enfermos mentales. A todos aquellos que día a día luchan enfrentando, no sólo la patología sino también las limitaciones, la incomprensión y la indiferencia de quienes anteponen sus propios intereses, pretendiendo ignorar una realidad que nos muestra cada vez más la necesidad asistencial de nuestras pacientes que exige la transformación de los viejos manicomios empobrecidos por las limitadas políticas de salud, en instituciones adecuadas a las necesidades y requerimientos actuales.

En mi primer libro editado en 1987, se comunicaron las primeras experiencias comunitarias en el Hospital Moyano y hoy, comenzando el año 2000, a través de estas páginas se exponen las experiencias recogidas desde entonces hasta la fecha.

En este largo camino se aúnan todas las especialidades de la Salud Mental para dinamizar el abordaje terapéutico teniendo como norma esencial y básica, el respeto a los derechos humanos de los pacientes, quienes, a través de la comunidad terapéutica, como bien lo dice su definición “están implicados en la misma terapéutica” interactuando con todas las personas que lo rodean durante su permanencia en el Hospital.

Prólogo

Dr. Wilbur Grimson

Cuando en la década del sesenta el Presidente Kennedy formó una Comisión para estudiar el futuro de la Salud Mental en los EEUU, el mundo de la psiquiatría estaba permeado por un generalizado optimismo. El informe producido entonces se dio a conocer como “Acción para la Salud Mental” y aún puede leerse con provecho. Pocos años antes, los estudios epidemiológicos de la ciudad de Nueva York (Srole, Langner y Rennie) mostraban una correlación entre condiciones sociales de deterioro y patología psiquiátrica que llenaban de confianza a quienes pensaban que modificando variables sociales, se mejoraría la salud mental de grandes conjuntos. Los grandes hospitales psiquiátricos eran considerados obsoletos por la Organización Mundial de la Salud, mientras que por su lado, en Inglaterra, David Clark, siguiendo las huellas de Maxwell Jones, transformaba el Fulbourn Hospital de Cambridge, planteando que la administración adecuada de recursos era un instrumento de la terapéutica institucional. La etapa de Centros de Salud Mental de la Comunidad se inició en el país del Norte con entusiasmo, recursos y optimismo. La desmanicomialización se proponía la creación de recursos diferentes que crearían una cadena de servicios para mantener la continuidad del cuidado y proveer alternativas ambulatorias o de vivienda extrahospitalaria. Así los pacientes volverían a su seno en la sociedad externa, despoblando instituciones masivas.

En esa década nos visitaron Maxwell Jones, David Clark y Franco Bassaglia desarrollando sus ideas. Me sorprendió la calidez

de los ingleses y el irritante autoritarismo del italiano que desplegó en mi presencia un maltrato a los pacientes que no surgía de sus escritos. Observamos que no todo lo que reluce es oro. Cuando lo entrevistamos con Moffatt nos sorprendió que sobrevolara a nuestra realidad sin preocuparse por conocerla y que una fuerte carga ideológica impregnara su discurso. Los ingleses, al fin y al cabo, tenían mucho más para mostrar en el día a día del contacto con los pacientes.

Por esa época fuimos a Lomas de Zamora con un equipo muy bien dotado de profesionales, enfermería y auxiliares y produjimos una experiencia que demostraba que dados recursos excepcionales, había serias posibilidades de mejorar la existencia y la asistencia de pacientes psiquiátricos que en establecimientos menos dotados y con otra concepción terapéutica, eran destinados a la cronicidad. Más importante fue la demostración de Raúl Camino de que los pacientes que se deterioraban seriamente en las condiciones de sobrecarga de número e insuficiencia de recursos en la Ciudad de Buenos Aires, desplegaban potencialidades insospechadas en un medio rural con una concepción programática integral.

A tres décadas del inicio de estos programas poco queda de ellos en la memoria. En los EEUU la clausura de camas de internación no se ha completado con una red integral que provea de seguridad a los pacientes externados. Más bien ha aportado una cuota importante a la población de “homeless” que invaden las calles de la ciudad. La psiquiatría es menos optimista en relación con el logro de cambios permanentes y hay conciencia de que si se quiere avanzar en forma global hay que disponer de recursos inalcanzables. Es que el área de la salud mental, grandemente modificada por los avances de la psicofarmacología, ha reducido pero no mejorado en su conjunto las plazas de asistencia. El tema de la psiquiatría a nivel de políticas globales ocupa una posición menos prioritaria, obtiene menos apoyo y su concepción es más difusa. En nuestro caso el nivel de las políticas nacionales es casi inexistente (no hay dependencia del Ministerio de Salud de la Nación que se ocupe del te-

ma). Si abandonamos la planificación, cada centro avanza a su manera creando dispersión y confusión.

La realidad se ha vuelto más dura. Los recursos son escasos. Los grandes Hospitales Psiquiátricos han sido abandonados a su suerte, con presupuestos insuficientes y carencias de personal en proporción adecuada. La sociedad periódicamente se horroriza del destino de los pacientes deteriorados sin que por ello acierte a disponer de mayores fondos para hacer frente al problema. Los Hospitales que debieran ocuparse del tratamiento a corto plazo de la patología aguda, reciben el mandato social de dar cuidado a poblaciones numerosas de pacientes crónicos. Muchos de ellos permanecen en ese medio por no tener a donde ir, ni familias que se ocupen. Los profesionales a los que se atribuye una negligencia que es de la sociedad toda, y de sus legisladores y gobernantes, son los que han quedado a cargo de la trinchera sin retroceder ni huir de la tarea.

Al fin y al cabo el peor maltrato al Hospital Moyano lo produjeron una secretaria de Salud, y un director de Salud Mental. Intentaron violentar a una comunidad profesional que prefería elegir su propio camino. Se maltrató a la institución al decidir por los profesionales en lugar de con ellos, exhibiendo desconocimiento del Hospital real. Las torpezas de los funcionarios las pagan los profesionales y los pacientes, como demostró este caso con elocuencia. También había ejercitado esta calidad en sus decisiones Fiasché cuando me derivó a trabajar a los Talleres Protegidos. Poco después renunció habiendo cumplido una gestión sin consecuencias positivas.

Hoy el Hospital Moyano sobrevive, cuida y produce conocimientos, como lo demuestran sus actividades de formación de grado y de post-grado. Se ha convertido en base operativa de una convocatoria a Congresos de alcance nacional e internacional. Las páginas que siguen demuestran la capacidad de sus grupos de trabajo de valorar el pensamiento y la conceptualización. Esta es la argamasa de la psiquiatría que, para ocuparse de las conductas

imaginarias, debe desarrollar su propia capacidad de pensar, imaginar, crear recursos y diseñar programas.

Si alguna vez se pudo señalar la carencia de trabajos publicados en este Hospital, es de señalar que tal comentario carece hoy de sostén. Esta nueva presentación actualiza proyectos y desarrollos. Esto es el resultado del accionar del Dr. Néstor Marchant en su trayectoria de 30 años en el hospital y 16 en la dirección del mismo. El presentar lo hecho y el modo en que se ha avanzado, hace posible el diálogo, siempre fecundo, el aprendizaje a través del conocimiento de otras tareas, la reflexión, en fin, el avance por el camino de hacer nuestra tarea lo mejor posible. Se entiende que uno de los sostenes de esta tarea es el sentido de responsabilidad social que se manifiesta en la tarea permanente en los hospitales públicos.

Reseña histórica

Hace 145 años, en 1854, el gobierno nacional resuelve aportar una solución al problema de la locura, creando en la ciudad de Bs. As, el primer hospital psiquiátrico del país. Ese año, mientras paisajistas y arquitectos son convocados para proyectar el futuro hospital, se inaugura el Patio de Dementes en forma provisoria.

Hagamos un poco de historia y recordemos los antecedentes acerca del hospital y la locura.

En la época de la colonia la asistencia a los alienados se realizaba según la clase social del mismo. Si pertenecían a una familia con fortuna se los recluía en su propia vivienda, en habitaciones especiales, si eran blancos con poca fortuna en la celda de los conventos y si eran negros en las cárceles del Cabildo. Los alienados tranquilos, que no eran peligrosos, se dedicaban a la mendicidad.

Durante el Virreinato de Vertiz se crea una residencia que se llamó hospicio de Mendigos.

Órdenes y hermandades hospitalarias, entre ellos la de los frailes Betlemitas, trataron y lograron ubicar dentro de la ciudad espacios para la tan problemática contención de la locura.

En los tiempos de Rivadavia se comenzó a pensar en un proyecto de dos hospicios que se concretó sólo después de Caseros. En el año 1852 se crea este hospital, por decreto de la Sociedad de Beneficencia, que toma a su cargo la organización y administración de los distintos nosocomios existentes en la época, siendo la Sra. Tomasa Vélez Sarsfield la principal gestora de esta creación.

Pero fue necesaria la visión científica que le dio el Dr. Ventura Bosch quien elaboró un proyecto para un gran hospital tomando el modelo francés. Recién a fines de siglo se va terminando la construcción de los grandes pabellones.

Hoy, 17 hectáreas, admirablemente arboladas con distintas y añejas especies emergen en el corazón del barrio de Barracas, a pocos minutos del centro de la ciudad.

En 1880 pasó a depender del gobierno nacional y desde 1992 del gobierno autónomo de la ciudad de Bs. As.

El nombre del hospital fue colocado en homenaje a Braulio A. Moyano (1903–1959) brillante neuropatólogo y neuroanatomista argentino, nacido en San Luis, que dedicó su vida a la investigación y al trabajo dentro de las paredes de esta institución.

Es importante destacar que el Dr. Moyano fue discípulo de un investigador excepcional, el Dr. Christofredo Jakob (1866–1956), quien llegó desde su Alemania natal a principios del siglo para hacerse cargo del laboratorio de Anatomía Patológica de este hospital que fue modelo de investigación neurobiológica en toda América Latina.

La historia del hospital es un reflejo de la evolución de los conocimientos científicos y de las distintas escuelas en el tratamiento de la locura y también de los avatares del desarrollo económico y social del país. Por un lado las escuelas organicistas promueven a comienzo del siglo, el estudio concienzudo de las estructuras cerebrales en la búsqueda de las bases anatomopatológicas de la locura.

Son sus máximos exponentes en el hospital lo ya citados Dres. Jakob y Moyano. Sus estudios, de trascendencia internacional, aportan importantes conocimientos de base pero no modificaron en nada la atención de los pacientes.

Hay que esperar los años 50 para que el advenimiento de la psicofarmacología, luego de iniciales resistencias, cambiara la cara del hospital al calmar con eficiencia los cuadros de excitación y reducir prontamente los delirios. Paralelamente, el surgimiento de las corrientes psicodinámicas permiten un enfoque más humano de la

persona enferma, facilitando un acceso más integral a su tratamiento.

Por otro lado, en tanto y en cuanto la locura siempre ha estado asociado a la marginalidad y la indigencia, los vaivenes de la economía del país han ido variando las características del perfil de los pacientes, incrementándose los problemas sociales como motivo de internación en los momentos de crisis y disminuyendo en los momentos de bonanza.

Esta población convierte al hospital en asilar y geriátrico. Esto perturba generalmente la organización y funcionamiento de la institución como hospital.

Actualmente, la atención del paciente psiquiátrico en el aspecto médico, psicológico y social, está a la altura de los conocimientos a nivel mundial.

Lo que ha quedado relegado, en contraste con las gloriosas épocas de Jakob y Moyano, es la investigación neurobiológica, en tanto la ciencia actual requiere insumos y recursos económicos urgentes con los que el hospital no cuenta.

Estructura y dinámica hospitalaria

El presente de un hospital centenario

En los últimos años comienza un programa de reorganización del hospital que se ha ido cumpliendo en diversas etapas y que ha permitido reducir la población nosocomial de 2.500 a 1.500 pacientes.

La primera de ellas, consistió en la creación de un sector para tratamiento de pacientes agudos que comprende los Servicios de Admisión, Emergencia y Terapia de Corto Plazo con 15, 30 y 90 días respectivamente de internación.

Los equipos de estos servicios, previa evaluación diagnóstica y pronóstica de las pacientes durante su ingreso, se comprometen a la resolución de los cuadros en los plazos establecidos.

En esta etapa se creó también el Hospital de Noche, primero en el país en la esfera oficial y se amplió la cobertura asistencial del Hospital de Día, dotándose de modernos elementos para una más efectiva atención.

Esta estructura, acompañada por los avances de la psicofarmacología y la implementación de modernas técnicas psicoterapéuticas, ha permitido resultados más efectivos.

En una segunda etapa fueron trasladados los Consultorios Externos a un sector del predio con acceso directo desde el exterior, ampliándose el número de profesionales, el espacio físico y el horario de atención.

Muy poco tiempo después y para aquellas pacientes cuyas patologías requieren tratamientos con plazos de internación mayores a

los mencionados (90 días) fue creado un servicio de Terapia Intermedia.

Modalidades de los servicios

Sector de Agudos

Servicio de Guardia

Próximo a la entrada del hospital y con fácil acceso, se encuentra el Servicio de Guardia a través del cual ingresan todas las internaciones en sus diferentes modalidades: autointernación, urgencia, policial y judicial.

Este Servicio, que cuenta con una sala de 8 camas y un plantel de 4 psiquiatras y un clínico, atiende además las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias durante las 24 horas, y las psiquiátricas y clínicas intrahospitalarias fuera del horario de actividad de los profesionales de planta.

Es de destacar que su rápido accionar terapéutico y orientador ante la consulta externa espontánea evita numerosas internaciones.

Servicio de Admisión

Al día siguiente de su ingreso el paciente es derivado al *Servicio de Admisión*.

Este servicio actúa como receptáculo de todas las internaciones derivadas por la Guardia.

Su accionar está condicionado por un tiempo de estadía de 15 días.

En él se realiza una adecuada evaluación de la patología de cada paciente, para determinar su tratamiento en el mismo dentro del plazo previsto, o, la derivación más conveniente a sus necesidades terapéuticas.

Un examen clínico, ginecológico y de laboratorio, completa el estudio. 1.200 pacientes ingresan anualmente a este servicio. Alrededor de 10% es dado de alta directamente y el resto es derivado a otras unidades de internación.

Servicio de Emergencia

El *Servicio de Emergencia* está programado para la atención del paciente agudo en un tiempo de internación máximo de 30 días. Recibe al paciente derivado del Servicio de Admisión, revisa y ajusta el diagnóstico, y a través de su equipo interdisciplinario establece un tratamiento intensivo psicofarmacológico y de terapia individual. Integra inmediatamente a la familia, observa las disfunciones grupales o vinculares e interviene sobre ellas con técnicas sistémicas. Es su objetivo obtener una rápida remisión del cuadro que motivó la internación y devolver al paciente a su medio, comprometiendo al mismo y a su familia con la enfermedad y la continuidad de la terapia. Luego de su egreso, el paciente y su familia continúan tratamiento ambulatorio en el mismo servicio para luego, en plazo a estimar en cada caso, ser derivado en forma personalizada, al servicio de consultorios externos más próximo a su domicilio.

Este servicio cuenta con 14 camas, otorga un promedio de 120 altas anuales y atiende alrededor de 1.400 consultas externas en el mismo lapso.

Terapia de corto plazo

Terapia de corto plazo es un servicio de 30 camas, con un tiempo máximo de internación de 90 días.

Recibe pacientes derivadas del Servicio de Admisión cuya evaluación permite inferir que las causales de internación pueden remitir dentro del plazo establecido, y del Servicio de Emergencia, cuando el tiempo de internación en el mismo no fue suficiente para el egreso.

En él se desarrolla una tarea multidisciplinaria, con un enfoque que incluye a la familia, ya sea durante el tratamiento del mismo o en las reuniones multifamiliares mensuales.

Servicio Ambulatorio

A poco metros de la entrada se observa un moderno chalet de dos plantas donde funcionan Hospital de Día y Hospital de Noche.

Hospital de Día

Ubicado en la planta baja, el servicio de *Hospital de Día* brinda un modelo de tratamiento ambulatorio con múltiples abordajes y recursos terapéuticos.

Está destinado a pacientes de ambos sexos y edades comprendidas entre los 18 y 65 años con patología mental que requieren tratamiento intensivo diario.

Su modalidad terapéutica aplicable tanto en los períodos de crisis y descompensaciones como en el tiempo de la reestructuración psíquica, intenta aumentar el grado de autonomía, disminuir la discapacidad social y romper el círculo de reinternaciones y cronicidad.

Posee una capacidad de 40 plazas y trabaja de 8 a 18 horas en diferentes turnos.

Hospital de Noche

En la planta alta se encuentra el *Hospital de Noche*, servicio que cuenta con un total de 24 plazas.

Recibe pacientes que, si bien se encuentran en condiciones de alta, no tienen en el afuera un espacio físico donde vivir, y han perdido además su lugar en la familia y en la sociedad.

Que el paciente pueda alcanzar y consolidar un nivel de autonomía e independencia que le permita vivir dignamente fuera del hospital, es su principal objetivo. Para ello un equipo interdisciplinario continúa el trabajo terapéutico iniciado en otros servicios, re-

forzando los núcleos más sanos de la personalidad, estimulando la formación de nuevos lazos sociales y favoreciendo la reinserción laboral.

Consultorios Externos

El actual funcionamiento de los *Consultorios Externos* forma parte del plan de reorganización de los últimos quince años.

Su ingreso distante del acceso general del hospital, lo independiza totalmente del sector de internación y posibilita una mejor inserción comunitaria.

Atiende a personas de ambos sexos, de entre 17 y 60 años, con las más diversas patologías, tratadas por un equipo interdisciplinario que utiliza diferentes abordajes individuales, grupales y familiares.

Violencia familiar, adicciones, alcohólicos anónimos, son algunos de los grupos que aquí se realizan.

En este intento de ofrecer más servicios a la comunidad, un equipo de orientación vocacional atiende un promedio de 400 prestaciones anuales.

La planta física cuenta con un hall de espera con una rampa para discapacitados, numerosos consultorios y un aula con cámara Gessell que es utilizada para la actividad docente.

La eficiencia e idoneidad de este servicio, que tiene un movimiento de 36.000 prestaciones anuales, permite disminuir considerablemente el número de internaciones.

Servicio de Mediano Plazo (Pabellón Magnan)

Este servicio tiene 50 camas y comprende internaciones con un plazo de hasta 180 días. Se aborda al enfermo mental y a su familia con un enfoque multidisciplinario. Luego del alta continúa su tratamiento ambulatorio en el servicio.

Largo Plazo de Internación

La mayor parte de las pacientes internadas necesitan, por su patología y por problemas sociales, largas estadías. Las mismas están ubicadas en 19 servicios distribuidos en las 17 hectáreas parquizadas del hospital. Adquiere aquí particular importancia la prevención terciaria para evitar el “hospitalismo” con su secuela de “enfermedad” agregada a la enfermedad.

Todas las técnicas de rehabilitación implementadas a través de Talleres intra y extrahospitalarios, Club Bonanza, Taller pre laboral, Centro de Formación Profesional N° 7, se complementan con las realizadas en los servicios de internación prolongada en donde, además se realizan semanalmente asambleas comunitarias con la participación de pacientes, integrantes del equipo interdisciplinario y eventualmente familiares.

Las patologías no psiquiátricas son atendidas por el departamento de Servicios Complementarios que comprende todas las especiales Clínico-quirúrgicas, así como también Odontología, Kinesiología, Farmacia, Laboratorio de Análisis Clínicos, Diagnóstico por Imágenes, Electroencefalo-grafía que incluye Mapeo Cerebral y Anatomía Patológica.

Cabe hacer notar que en este área, a cargo de profesionales con experiencia en la atención de enfermos mentales, se resuelven aproximadamente el 95% de las patologías clínico-quirúrgicas que presentan las pacientes, siendo muy escasas las derivaciones a centros de mayor complejidad.

Como en todo gran hospital, el capítulo de la docencia y la investigación ha sido siempre motivo de particular interés de sus autoridades y profesionales.

A partir de un convenio suscripto entre las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Buenos Aires y el Gobierno

de la Ciudad de Buenos Aires, el hospital funciona como Hospital Escuela formando y capacitando anualmente a más de 1.700 alumnos de pre y post grado.

Convenios similares se llevaron a cabo con diferentes universidades privadas.

El potencial docente del hospital se completa con la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, formando médicos y psicólogos que luego de 4 años de intenso entrenamiento estarán en condiciones de volcar lo aprendido en distintos puntos del país.

El Futuro

Difícil es prever el futuro. Las variables que lo determinan son tantas, que limitan toda posibilidad de pronóstico. Sí cabe expresar una esperanza: que a medida que mejore la situación del país, mejore también la atención en materia de salud pública. Que se provea al hospital del personal que por su estructura le corresponde. Que se lo otorgue la autogestión que necesita para una más ágil y eficiente administración de sus recursos. Que haya clara conciencia en la comunidad y en sus autoridades, de que la forma en que una sociedad trata a sus seres más débiles, es un firme exponente del grado de cultura y solidaridad alcanzado por ella.

Técnicas comunitarias

El principal criterio que rigió las transformaciones de este hospital, consistió en el abordaje comunitario y hoy, al hacer una evaluación después de quince años, podemos destacar la efectividad de tal sistema.

El acento puesto en el encuentro interpersonal, en el trato entre los enfermos con su grupo y con los miembros del equipo terapéutico y de toda la comunidad hospitalaria, nos da una visión completa y compleja de la enfermedad mental.

Esto permitió también reforzar en los pacientes, los núcleos de la personalidad que aún se conservan sanos e íntegros. El enfermo pasó, de ser un individuo aislado, portador solitario de su enfermedad, a ser un miembro activo de un grupo, con síntomas y conflictos similares a los de los otros miembros del grupo.

Y ¿cuál sería el objetivo del hospital? El objetivo es y debe serlo, el restablecimiento de la salud mental, resocializando y rehabilitando al enfermo en el menor plazo que resulte posible. Para el logro de tales resultados, todas las terapias y técnicas terapéuticas que se empleen deben estar enmarcadas en un referente que abarque a toda la institución.

Comunidad Terapéutica

Según la definición del Dr. Marchant *la comunidad terapéutica es una técnica psicoterapéutica interdisciplinaria en la cual participan todas las personas que rodean al paciente (psiquiatras, psi-*

cólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapistas ocupacionales, musicoterapeutas, personal de maestranza, familiares, etcétera).

Esta interrelación incide terapéuticamente y hasta los mismos pacientes están implicados en ella.

La Comunidad Terapéutica es una organización compleja cuya finalidad es conseguir un medio saludable, logrado por el accionar diario de sus integrantes. Dentro de esta estructura comunitaria se realiza, a través de las distintas actividades asistenciales, todo el proceso terapéutico.

Una de estas actividades es la Asamblea que actúa como continente para el planteo de inquietudes, temas de interés común, ansiedades y afectos surgidos en la convivencia diaria. El incremento vincular ayuda a contrarrestar los sentimientos de desamparo y pasividad que traen muchos pacientes al ingresar y, además, los capacita para el ejercicio de participación y toma de decisiones para cuando retornen a su medio habitual.

Esto implica una redistribución del poder, una reordenación de la autoridad y una complejidad en los mecanismos de toma de decisiones.

Dinámica de la Comunidad Terapéutica

El encuadre institucional, las normas de convivencia y las reglas de intercambio de mensajes, deben estar al servicio del enfermo, en un marco cultural que le permita significar; es decir, simbolizar realidades. Frente a las carencias del psicótico para realizar este proceso de simbolización, la organización comunitaria debe constituirse en el soporte que facilite tales circulaciones curativas a ese ser que vive en un mundo de realizaciones imaginarias, induciéndolo a exponer, dramatizar y elaborar problemas de adaptación a la comunidad.

La dinámica del sistema comunitario debe estar fundada sobre bases generales permisivas de las conductas de los pacientes y de constante observación de las mismas en procura de comprender, en

todo momento, los motivos de su comportamiento. Ese activo y escasamente recortador ejercicio de los roles y del liderazgo que admitirá la comunidad en que se mueve, contribuirá a fortalecer la responsabilidad del enfermo mental y, por lo mismo, le permitirá reconocer y admitir, con gradual facilidad, sus desaciertos y equívocas vocaciones.

De lo que antecede se desprende que la institución debe fomentar, por todos los medios a su alcance, la actividad grupal en sus más variadas facetas.

También supone trabajar con la familia de los enfermos y proveerlos de experiencias laborales intra y extra hospitalarias para evitar la marginación en esas áreas de sus vidas.

Las Asambleas Terapéuticas

La comunidad terapéutica acciona e interacciona a través de las *Asambleas Terapéuticas* y de las *Actividades Grupales*.

A las asambleas terapéuticas concurren todos los pacientes y el equipo terapéutico.

No son reuniones cerradas sino con movimiento permanente por los ingresos y egresos. En ellas se tocan los temas más variados acerca de:

- 1) la convivencia en el servicio (ya sea sobre problemas edilicios o sobre problemas surgidos en las relaciones interpersonales).
- 2) la organización de las celebraciones de las distintas festividades del año (cumpleaños, fiestas patrias, día de la primavera, festejos de fin de año, etc.).
- 3) la programación de diversas tareas domésticas.
- 4) la confección de normas relacionadas con la vida diaria (horario de cebada de mate, uso de televisión, acceso a la cocina, etc.).

El objetivo primordial está constituido por la constante apertura de posibilidades de locución como forma de romper el monólogo narcisista del psicótico.

La asamblea no está centrada únicamente –como surge de lo que antecede–, en un nivel de tinte administrativo. Por el contrario, se

halla fundamentalmente orientada a la obtención de efectos terapéuticos por la mejoría de las redes comunicacionales y por permitir que cada participante abandone los roles y categorías prefijados, para desarrollarse como Sujeto–Persona. En ese contexto, se trata de ver las relaciones y actitudes del personal con el enfermo y también dentro del equipo.

Este tipo de encuentros permite que el personal de todos los rangos y especialidades prospere, de manera gradual, en la búsqueda de la mejor forma de conocer, comprender y reconocer el tratamiento óptimo aplicable a cada enfermo. En esta actividad se trabaja conjunta y cooperativamente, procurando superar las diferencias de criterio que se presenten en lo personal, ya que, como se sabe, un conflicto en la órbita de un equipo asistencial no sólo es inmediatamente percibido por los enfermos cuyo estado se agrava si no se dilucida y verbaliza el conflicto– sino que, paralelamente, distorsiona el modelo de salud que los terapeutas pueden brindar a los pacientes. En consecuencia, para extirpar de raíz la producción de esos efectos perniciosos, es imprescindible que todo problema de esa naturaleza se ponga de manifiesto ante los pacientes. En este punto es conveniente no perder de vista que los enfermos saben y sienten mucho más de lo que se supone, o de lo que demuestran, respecto de quienes integran el equipo terapéutico y de sus actitudes.

La asamblea comunitaria se constituye en carácter de:

- a) Un grupo unido por un fin común: el tratamiento de la institución y de quienes la integran; y,
- b) Un grupo desjerarquizado, en cuyo seno las decisiones se adoptan de común acuerdo.

Otra de las técnicas comunitarias que nos mostraron en todos estos años su validez y efectividad fueron las actividades grupales que posibilitaron la movilización permanente de los enfermos.

Tales grupos son:

- a) *Tareas compartidas en la salud.*

Son tareas encomendadas a las enfermas de manera rotativa, a fin de evitar la caída en la estereotipia. Se facultó a los pacientes para elegir los quehaceres de su preferencia.

b) Lectura de diarios y revistas.

Grupo movilizante en donde los pacientes, coordinados por un integrante del equipo terapéutico, comentan temas de actualidad y se informan de la realidad que se vive en el afuera.

c) Libre expresión.

Grupo de dibujo, pintura y collage.

d) Recreación.

Juegos y campeonatos en donde se compiten y recrean situaciones de la vida cotidiana.

e) Pre alta

Grupo conformado con pacientes próximos al alta para elaborar la externación con todas las connotaciones emocionales que la misma crea.

f) Alta

Grupo integrado por pacientes externadas que deben asistir semanalmente a controles ambulatorios.

En él se exponen las vivencias cotidianas dando posibilidad al terapeuta de prevenir o evitar reagudizaciones o recidivas de las patologías.

Reglas para el trato con los pacientes

Las relaciones que el personal del establecimiento y, también, los voluntarios, mantengan con las enfermas, deben hallarse regidas por pautas elementales que las doten de efectos terapéuticos al tiempo que las despojen de toda consecuencia nociva o traumática para las pacientes.

Su observancia, además, habrá de contribuir a evitar situaciones desagradables o ingratas para quien se vincule con las enfermas.

Estas reglas de convivencia hospitalaria, en gran medida inspiradas en recomendaciones formuladas por el Dr. Camino (uno de los pioneros en nuestro país), son de especial importancia para el adecuado funcionamiento de la Comunidad Terapéutica:

1) Evitar el tuteo de las enfermas, en cualquiera de sus formas, y procurar que éstas no tuteen al personal hospitalario;

2) Evitar el uso de todo adjetivo que implique piedad, lástima o subestimación de la enferma, tanto al dirigirse a ella cuanto al formular apreciaciones sobre la misma en presencia de otra enferma;

3) Procurar llamar “señora” a las pacientes de edad madura y designar por sus apellidos a las más jóvenes, salvo expreso y conveniente pedido en contrario de la enferma;

4) No emplear voces de mando ni tonos imperativos con las enfermas, ni llamarlas o reprenderlas airadamente. El tono de la voz y el lenguaje que se emplee con ellas deberá corresponderse con el que se utiliza habitualmente con las personas sanas;

5) Despertar a las pacientes en forma suave y respetuosa y sugerirles que abandonen su lecho con iguales modos y tono de voz;

6) No formular ni sugerir burlas o chistes que tengan como destinatarias a las pacientes, ni plantear equívocos respecto de ellas ni siquiera en su ausencia;

7) Cuidar la corrección, exactitud y amplitud de detalles de toda información que se brinde a las pacientes a su solicitud, en lo referido a los parámetros de tiempo y lugar u otros conectados con éstos;

8) Obviar comentarios sobre la enfermedad de una paciente en su presencia, salvo en la oportunidad adecuada para la participación de ella según la dinámica comunitaria;

9) Evitar todo tipo de contacto físico con las enfermas que trascienda lo estrictamente necesario para su medicación, higienización o aseo personal u otra medida específica de índole terapéutica;

10) Demostrar atención ante las preguntas, demandas o quejas que formulen las pacientes, orientándolas de modo tal que las ca-

nalicen hacia los integrantes del equipo terapéutico de la Sala respectiva;

11) Llevar a las reuniones de la comunidad los problemas disciplinarios que originen o planteen las enfermas.

Parece conveniente realizar algún breve comentario acerca de la naturaleza y características de estas reglas, por mucho que el lector informado pueda considerarlo superfluo.

En primer lugar, debe puntualizarse que todas y cada una de ellas son de naturaleza flexible. El alcance que debe atribuirse a esta nota esencial, es el siguiente: la pauta de trato rige imperativamente en tanto y en cuanto no mediare una razón de contenido terapéutico, debidamente fundamentada, para dejarla de lado.

Dicho de otro modo: en defecto de la necesidad o conveniencia de tener que desoirlo, habrá en cambio, que atenerse a su mandato. Esa necesidad o convivencia estarán determinadas por el equipo terapéutico, de acuerdo con las normas de funcionamiento de la Comunidad.

Veamos, en segundo término, los fundamentos más importantes de las reglas de relación, trazados a grandes rasgos:

a) *Mantener una adecuada distancia profesional-paciente*: esta separación no tiene por qué ir más allá de lo imprescindible para infundir en la enferma el sentimiento de su propia personalidad en la relación con quien la asiste hospitalariamente y el respeto que permita establecer una comunicación válida y perdurable del mensaje terapéutico que debe tenerla como receptora.

b) *Fomentar el incremento de la autoestima de la enferma y su equilibrio emocional*: aun a riesgo de sobreabundar en el tema, debe señalarse la naturalidad con que la presencia de una enferma mental de ciertas características motiva expresiones de lástima o conmisericordia, que deben desaprobarse. Igual contenido suelen conllevar determinadas formas de contacto físico, como palmadas o pellizcos en las mejillas, tanto o más inconvenientes.

c) *Evitar la producción eventual de mensajes perturbadores acerca de la enfermedad*: es especialmente por este motivo que se

recomienda no efectuar comentarios sobre el diagnóstico o el estado patológico de las enfermas sin la participación de éstas. La experiencia indica que, en muchos casos, ese tipo de opiniones o reflexiones puede introducir en la enferma un sentimiento de objeto o cosificación, sujetos a estudio o investigación. A igual resultado pueden conducir la burla o el chiste inadecuados o inoportunos. En el fondo, se habrá ocasionado una pérdida o disminución de la estima que la paciente tenga de sí.

d) *Propender a ubicar a la enferma en sus referentes actuales e históricos*: es el fundamento básico de la regla 7 y razón importante de la regla 3. Pero no se agota allí, ya que, en ocasiones, ciertas formas de contacto físico inadecuado pueden provocar en las enfermas confusiones o fantasías relativas a su edad o ubicación actuales –cuando no contribuir a acentuarlas–, con el perjuicio que ello supone.

e) *Proteger a todos los miembros de la Comunidad Terapéutica*: está insinuado al comienzo, pero posee una relevancia tal, que obliga a ratificarlo. Estas reglas, como en general ocurre con todos los enunciados del “deber ser”, tienden a beneficiar a la totalidad de los individuos alcanzados por ellas; lo que incluye, a los miembros del equipo interdisciplinario. Por medio de su observancia –por decirlo en pocas palabras– se encontrarán significativamente reducidos el número y la calidad de los obstáculos a remover para concretar los objetivos de la Comunidad Terapéutica.

Los pacientes gozarán además de los siguientes derechos:

a) a que la internación se extienda el tiempo médico estrictamente necesario.

b) a conocer la identidad y profesión de quienes los atienden.

c) a recibir asistencia legal en caso de insanía.

d) a recibir visitas y a mantener comunicación telefónica y epistolar, excepto contraindicación formal debidamente registrada.

e) a que se consigne en lugar visible de su hábitat estos derechos.

f) a firmar la Historia Clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas, excepto que tal decisión no pudiera adoptarse en razón de no hallarse en un estado de lucidez que le permita asumir la responsabilidad de sus actos y de su persona, resultando por ello contraproducente el alta voluntaria. En estos casos se procederá a la posterior e inmediata comunicación al juzgado civil de turno, con las justificaciones técnicas del caso y eventual información al familiar o responsable si lo hubiere.

La familia del enfermo y el proceso terapéutico

Las familias forman parte del proceso de recuperación y por ello deben recibir también ayuda profesional.

Es importante tener en cuenta que tienen que enfrentar situaciones de gran compromiso emocional y tomar decisiones respecto a conductas con el paciente para las cuales no están preparadas ni técnica, ni afectivamente. Es decir, que necesitan apoyo y una información precisa.

Entrelazando estos conceptos con la tendencia comunitaria en la atención de enfermos psiquiátricos, se ha comprobado la eficacia de la incorporación de la familia a las Asambleas terapéuticas en donde participan con los pacientes y los integrantes del equipo de salud.

En los últimos veinte años han proliferado las estrategias de intervención dirigidas a los familiares del enfermo mental adulto; debido precisamente a que éstos tienen, en la práctica, que convertirse en los guardadores de personas con trastornos psíquicos sin disponer de conocimientos, de técnicas, ni de recursos necesarios para esa tarea.

Esto puede vehiculizarse por dos vías de acuerdo a las características de los pacientes, de las familias y de los objetivos de los Servicios en donde están realizando el tratamiento.

Una de ellas sería una “orientación psicoeducacional” en donde se observan contenidos educativos y terapéuticos. Esto ofrece estrategias dirigidas a ayudar en la solución de los problemas cotidianos, en la comunicación y en el manejo de aptitudes, con el

propósito de reducir el estrés, mejorar las relaciones familiares y limitar las posibles recaídas del enfermo.

Con frecuencia el componente educativo resulta la antesala de un tratamiento familiar intensivo que sería la otra vía antes mencionada.

Los abordajes pueden ser de diversas técnicas de acuerdo a la orientación del equipo tratante.

En este capítulo hemos tomado conceptos de la técnica sistémica como modelo de alguno de los tratamientos familiares que se realizan.

Tratamiento Familiar

La familia es un sistema en el que el cambio de una parte, logra cambios compensatorios en otras partes del mismo, sistema que opera en todos los niveles de eficacia desde un funcionamiento óptimo a una disfunción total.

Las familias generalmente no buscan ayuda hasta que se ha perdido la flexibilidad del sistema y ha empeorado el funcionamiento de un miembro. Hay síntomas que en cualquier parte de la familia se ven como evidencias de disfunción, ya sean emocionales, físicos, conflictuales o sociales.

El abordaje familiar ayuda a los miembros de la familia a hacerse expertos en el sistema.

Estas reglas clínicas presentes en algún grado en todas las familias, siguen el patrón general del proceso familiar que diagnostica, clasifica y asigna características a alguno de los miembros de la familia.

El terapeuta se convierte en un experto de la comprensión de los sistemas familiares y en ordenador (técnico), para ayudar a la restauración de su equilibrio funcionante por sí mismo.

El terapeuta en la familia pasa a ser algo más que un mero agregado de subsistemas diferenciados, debe verla como un organismo, porque la unidad de interacción es siempre el individuo, la familia

nuclear, la familia extensa; la comunidad es un todo y una parte al mismo tiempo.

El paciente designado es la puerta de entrada al sistema. La familia muestra al terapeuta que el centro es el enfermo, que es el que debe curarse, anulando cualquier otra problemática.

En estos últimos diez años hemos podido comprobar la eficacia del enfoque de la enfermedad mental a través de los tratamientos familiares.

Ante la necesidad institucional de acortar los tiempos de interacción, y a la vez evitar reingresos, fue que pensamos en la construcción de un modelo de abordaje familiar sistémico.

Este enfoque permite trabajar en breves plazos con resultados aceptables. Se pretende con esto mantener, por un lado, el vínculo con el núcleo familiar evitando el abandono y el aislamiento del paciente, tan característico en este tipo de instituciones y por otro lado, lograr la desidentificación del paciente incluyendo a toda la familia en el tratamiento.

La familia puede ser considerada un subsistema en relación con el ecosistema, entendiendo por esto el contexto dado, por ejemplo, barrio, medio laboral, escuela, iglesia, club, etc.

En la familia considerada como sistema, observamos dos principios básicos:

- a) la tendencia a la homeostasis.
- b) la capacidad de transformación.

A través del interjuego de ambos se mantiene el equilibrio del sistema pues la tendencia homeostática permite la estabilidad, la capacidad de transformación y el crecimiento.

En la familia con el paciente psicótico podemos observar el predominio de la tendencia homeostática, que hace del sistema una estructura rígida, impidiéndole la capacidad de cambio.

A partir de allí el planteo es realizar un plan terapéutico que reúna los siguientes pasos:

- a) Entrevista de recolección de datos y construcción del genograma.

b) Reunión del equipo terapéutico para la elaboración de las hipótesis.

c) Entrevista a la familia donde se procede a la indagación del problema en términos relacionales.

d) Entrevistas posteriores donde se amplifica el foco del problema, el equipo va elaborando y aplicando estrategias terapéuticas. Dichas entrevistas tienen como objetivo la reestructuración de la familia, por medio de intervenciones terapéuticas donde se intenta lograr el cambio.

e) Entrevista de cierre, en la misma se procede a dar por concluida la tarea programada al ingreso del paciente. Si se logró el objetivo propuesto, desrotulación y movimiento del lugar designado al paciente y la modificación de la estructura familiar respecto a la enfermedad y a la internación, entonces se da por finalizado el tratamiento.

Esto permite en primer lugar, un mejor y más completo conocimiento del proceso psicopatológico; en segundo lugar, un abordaje multidisciplinario de los conflictos extra e intrafamiliares que agilizan, en muchos casos, el tratamiento y egreso del paciente y en tercer y último término el reingreso del mismo, debido a la toma de conocimiento por parte del grupo familiar de lo que ocurre con su emergente enfermo y de la influencia que tienen las relaciones familiares conflictivas. También permitió lograr una continuidad en el cumplimiento del control ambulatorio.

No debemos olvidar que nuestra mayor tarea es poner al paciente en un nivel que le permita volver a la comunidad y convivir con la sociedad extramural.

Para el psicótico esto significa hacer factible su vida en la unidad familiar biológica.

Grupos terapéuticos

Introducción

A través del presente artículo, nuestro propósito consiste en informar acerca de la experiencia en grupos terapéuticos con pacientes psicóticos, dado su valor terapéutico y sus eventuales aplicaciones futuras.

La heterogeneidad de los cuadros psicopatológicos, así como la diversidad en la cronicidad de los mismos, hace que la actividad grupal sea la técnica utilizada por excelencia en nuestro Servicio, donde el número de pacientes es elevado y se hace necesario, por lo tanto, un marco terapéutico que permita abordar una gran masa poblacional.

Como toda psicoterapia tiene como finalidad el crecimiento del individuo en cuanto a su personalidad, así como ayudarlo a mejorar la capacidad de superar conflictos perturbadores de la vida de relación, a través del incremento de la autoestima y la autoaceptación.

Por ello es que hemos desarrollado distintos grupos terapéuticos, teniendo en cuenta por un lado, las pacientes que mantienen intacto algunos núcleos de su personalidad (por ejemplo, grupo terapéutico de pre-alta y grupo terapéutico de alta) y por otro, aquellas que mantienen un tiempo de internación muchas veces prolongado, con importante deterioro psíquico, donde es importante trabajar esferas gravemente perturbadas como son la voluntad o la afectividad (grupo recreativo, taller literario, terapia ocupacional).

Fundamentación teórica

Los aportes de la Teoría de la Comunicación, Dinámica de Grupos de *Bion*, Clínica Grupal y la Teoría Grupal de *Pichón Rivièrè*, nos sirvieron de soporte teórico para la implementación de la Psicoterapia Grupal.

En nuestro caso hemos convenido que para llevar a cabo esta técnica era necesario utilizar, en su coordinación, la modalidad “Dupla Terapéutica”, es decir, dos terapeutas que operan en forma simultánea con condición de igualdad, operancia y jerarquía desde la visión de los pacientes. La cooperación entre ambos terapeutas es amplia y con un alto grado de espontaneidad, siendo fundamental la concordancia ideológica acerca del enfermo mental y de su destino de convivencia.

Con este manejo bipersonal del grupo, se nos permite una mayor y mejor observación de los psicodinamismos que se generan en el grupo, creando así agentes terapéuticos con mayor alcance en el logro de los objetivos preestablecidos.

La técnica presenta dos direcciones:

1– Encuadre formal: nos sentamos en círculo, las sesiones duran entre una hora y hora y media, con un encuadre prefijado y con una frecuencia de una vez por semana; se les advierte a los pacientes que habrá dos psicoterapeutas en vez de uno y que existe movilidad en cuanto a la incorporación de nuevos pacientes.

2– Dinámica de la Técnica: se estimula la verbalización, la espontaneidad, la comunicación multidireccional y la creación de una vivencia continua de feedback.

Los señalamientos en la mayoría de los casos y el uso de la interpretación, se asientan en el marco de la relación transferencial y contratransferencial, con el propósito de establecer correlaciones históricas entre el «aquí y ahora» del grupo y la historia individual de cada uno de sus integrantes en el pasado.

Descripción de la experiencia

Se han desarrollado desde el inicio de nuestra actividad en el Servicio hasta la fecha y en forma ininterrumpida los siguientes grupos:

Grupo de Alta

Está conformado por pacientes estabilizadas psíquicamente y a las que se le ha otorgado el alta médica.

Si bien, en un primer momento, fueron controladas psicofarmacológicamente en forma individual por consultorios externos del Pabellón, luego se las incorpora al grupo, logrando así ofrecer un tratamiento combinado con posibilidades de una mayor y mejor atención de la paciente.

En su gran mayoría, el diagnóstico de las pacientes integrantes del grupo son esquizofrenias en sus diversas formas.

En la entrevista inicial se les plantea a las pacientes las líneas del encuadre grupal. Éste se desarrolla en forma semanal con día y horario fijo. Se dispone para su realización de un amplio consultorio, donde todos los integrantes, incluyendo la dupla terapéutica, se disponen en círculo.

Por diversas razones (distancia domiciliaria, posibilidades económicas para el pago de transportes y motivos familiares) en las primeras sesiones, se produjo una decantación natural y espontánea que llevó a que el grupo quede finalmente conformado por aquellas pacientes que demostraron un mayor compromiso y la posibilidad de desarrollar un trabajo rico dentro del grupo. Las pacientes restantes fueron derivadas a control psicofarmacológico y/o psicoterapia individual en consultorios externos del pabellón.

El grupo es coordinado por un médico y un psicólogo, interviniendo con una modalidad de señalamientos, con el objetivo de orientar y apoyar a las pacientes en el seguimiento de la medicación.

Desde el punto de vista psicológico los objetivos fueron diversos:

– Brindar a las pacientes un ámbito facilitador para compartir experiencias de su reinserción familiar, social y laboral. Dado que son pacientes con diverso grado de deterioro, se les brinda la posibilidad de compartir con sus pares la forma de afrontar la impronta que la enfermedad dejó en ellas (abulia, desafectivización y pérdidas concretas de vínculos).

– Elaboración y superación de los prejuicios que la sociedad les impone por haber “estado internado en un neuropsiquiátrico”.

– La posibilidad de seguimiento que brindan estos encuentros manteniendo al paciente conectado al Servicio, permite a los profesionales la evaluación y detección precoz de cualquier indicio de descompensación, lo cual permitirá actuar evitando que la paciente deba ser reinternada.

– Funciona así el grupo como una primera posibilidad de observación de su desenvolvimiento.

– El médico coordinador del grupo es quien realiza el control farmacológico en una breve entrevista posterior.

– El grupo es un ámbito apropiado para fortalecer la necesidad de no abandonar el tratamiento farmacológico y el psicológico, como condición única para mantener su estado de compensación.

De todo lo expuesto hasta aquí, está implícito que la propuesta básica es fortalecer el desarrollo de los aspectos más sanos de su personalidad.

Consideramos también que el grupo debe tener un carácter flexible, entendiendo por esto la capacidad de absorber nuevos miembros y perder otros, ya sea porque requieran otro tipo de abordaje terapéutico o porque algunos integrantes logran reorganizar su vida en forma diferente.

En el momento actual, el grupo cuenta con elevado número de pacientes en relación a las que originariamente lo habían constituido, por lo que se está organizando la formación de un segundo grupo de altas.

Grupo Terapéutico de Pre-alta

Modalidad de la temática:

El grupo es abierto, está coordinado por dos licenciadas en psicología y funciona una vez por semana con una duración de una hora y media. No tiene modificaciones del espacio físico ni del horario de su desarrollo.

Objetivos:

- Movilizar a las pacientes para que ellas mismas logren autoconvocarse y comprometerse con la asistencia.
- Promover la apropiación de este grupo como un espacio donde se privilegie la palabra y la escucha.
- Lograr que las pacientes puedan conectarse con su problemática de enfermedad.
- Favorecer la posibilidad de desplegar sus miedos, angustias y temores, para que puedan mejorar la autoestima y la confianza en sí mismas.
- Incentivar el cuidado personal y aspectos relacionados con la vida cotidiana, como así también proyectar para el “después”.
- Trabajar con aspectos conflictivos de la convivencia, promover la colaboración activa en las diferentes actividades del Pabellón y, teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente, acompañarlas y estimularlas en la elaboración de algún proyecto relacionado con el “afuera”.

Grupo Terapéutico para la Formación de Hábitos

Coordinado por una licenciada en Psicología, el grupo está integrado por pacientes con internaciones muy prolongadas, deterioro psíquico moderado a profundo e importante inhibición volitiva. Dicha actividad grupal es de características cerradas y el lugar de realización es rotativo, utilizándose el hábitat de cada una de ellas.

Objetivos:

– Fomentar e internalizar hábitos de higiene y organización cotidiana (bañarse diariamente, cambio de muda diaria, conservación de cama y armario en condiciones prolijas).

Taller Literario

El taller literario consiste en la lectura, interpretación y recreación de cuentos, poesías y narraciones.

Se utilizan diversos autores y material propuesto por los integrantes del taller. Asimismo, se incentiva la realización de producciones por parte de los pacientes, ya que se considera la escritura como una forma de realización del habla, donde la intención de comunicar un mensaje es inseparable de la intención expresiva, cognitiva y creadora; como tal, la escritura constituye un acto de comunicación y por lo tanto se tiene en cuenta precisamente la importancia de la situación comunicativa en que ese acto se produce.

Las reuniones son semanales de 50 minutos de duración.

El equipo está compuesto por una médica psiquiatra y una licenciada en psicología.

Los textos son leídos alternadamente por los profesionales y los pacientes.

La modalidad del grupo es abierta y extendido, lo cual permite tener una mayor fluidez en el número de miembros.

Objetivos:

- Mejorar la autoestima y autoconfianza.
- Estimular la creatividad y la autoexpresión verbal y no verbal.
- Evitar el aislamiento. Los trabajos, producciones y material llevados al taller por parte de los pacientes, son expuestos y considerados por los demás integrantes del grupo, no con el fin de juzgarlos sino para lograr una comunicación real y libre entre los pares. Además la lectura exige cooperación, debido a esto, luego de la lectura de cada material, se procede a su interpretación, discusión y análisis, donde se les permite que vayan creando un vínculo con el autor.

- Estimular las funciones cognitivas a partir del déficit que cada paciente presenta:
 - Conservación de memoria, estimulando los procesos de fijación y evocación de la misma.
 - Mejorar la atención y concentración.
 - Mejorar y/o conservar la capacidad lógico operativa.
 - Mejorar y/o conservar la capacidad de simbolización.
 - Conservar la coherencia ideoverbal.
 - Agilizar el ritmo del pensamiento en los casos de proceso de entrecimiento del mismo.
- Reinstalar el diálogo respecto a diversos temas generales.
- Promover en el grupo la escucha del otro, el respeto por los tiempos de cada uno, el intercambio de ideas y/o la realización de trabajos literarios.
- Confeccionar una cartelera donde se pueden exhibir sus trabajos realizados.
- Realizar, junto con los pacientes, un análisis de las noticias semanales, mediante las cuales las pacientes esperan referencia del mundo real, exigiendo veracidad y estableciendo el valor de la “información”, el relato de los hechos sucedidos.
- Crear en las pacientes un sentido de responsabilidad y respeto hacia sus compañeras (concurrir espontáneamente en horarios prefijados).

Modalidad de la Técnica (Fundamentación teórica):

Para la realización del taller nos basamos en la técnica de *Hebe Solves*, planteada en su libro sobre “Taller Literario”.

- El grupo se sienta en círculo, incluidos los terapeutas.
- Se saluda, se da una consigna para intercambiar palabras o frases y se ejercita en este momento la memoria grupal, recordando el tema tratado en el encuentro anterior.
- Se dan las consignas pertinentes para el tema nuevo.
- Se realiza la lectura y/o escritura grupal.

– Se realiza el análisis del tema tratado, estimulando de esta manera la memoria, comprensión, interpretación, para posibilitar la capacidad creadora de cada integrante del taller.

Grupo de Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional es el estudio de las actividades para promover el potencial del ser humano.

Para ello se plantean determinados objetivos:

- Resociabilización e interacción de las pacientes con sus pares.
- Estimulación de destrezas de acuerdo a las diferentes posibilidades de cada paciente.
- Desarrollo de hábitos de la vida diaria.

La actividad se realiza con una frecuencia de 3 veces por semana con duración de una hora y media cada sesión.

Participan pacientes con diversas patologías, manteniendo una modalidad de grupo abierto, donde concurren de 10 a 18 pacientes.

En su mayoría se realizan actividades que favorezcan el desarrollo de quehaceres de la vida diaria, tales como:

- Taller de costura.
- Taller de cocina.
- Taller de bijouterie.

Se hacen señalamientos relativos a los quehaceres de higiene y arreglo personal, se fomenta la interacción entre las pacientes y se estimula el desarrollo de destrezas que se habían perdido.

Grupo de Recreación

Este grupo se desarrolla con pacientes afectados de psicosis crónicas deteriorantes.

El objetivo primordial del mismo es “rescatar” la capacidad de juego, de la cual somos portadores todos los seres humanos.

En este “rescatar” la capacidad de juego, queda implícito el deleite, la alegría y la necesidad de integración entre los pares, que cada juego impone para hacerse efectivo.

Desarrollo de la Tarea:

El grupo se lleva a cabo en un amplio salón compartido con terapia ocupacional. Las partes operativas del mismo, son:

- Apertura: breves comentarios cotidianos que permiten percibir la tensión grupal.
- Desarrollo de la actividad: agrupación por equipos, planteo de consignas y ejecución de las mismas.
- Cierre: comentarios finales de las pacientes acerca de lo realizado, permitiendo la evaluación terapéutica.

Se trata de un taller a puertas abiertas, donde no es obligatorio sostener una concurrencia continua; es libre el ingreso como así también el número de los participantes.

Para la actividad se implementaron una amplia variedad de juegos:

- Los de variada duración (corta, media y larga).
- Los que incentivan diferentes aspectos de la persona: juegos cognoscitivos (memoria, atención, ingenio, reflejos y pensamiento).
- Juegos que comprometen distintas partes del cuerpo (se utilizan recursos como pelotas, aros o música).
- Juegos de competencia en equipos.
 - Juegos de azar y de mesa.
 - Construcción de juegos ejecutados por las mismas pacientes (juego de la Oca y Memotest).

Desde el punto de vista del coordinador es requisito coordinar sin ocupar el puesto de líder ni el lugar del ideal del grupo. Debe crear las condiciones de un ambiente facilitador de la tarea, inspirar la confianza en los participantes y tener la apertura necesaria para la aceptación de sugerencias por parte de los miembros. Es menes-

ter también, saber complejizar las consignas sin confundir ni desestructurar.

Rehabilitación

Introducción

La rehabilitación psiquiátrica tiene historia propia en el Hospital Municipal “Dr. Braulio A. Moyano”.

Los primeros antecedentes en el uso de actividades, surgen a partir del año 1900. Escritos de la época dan como importante factor de tratamiento el trabajo ordenado y metódico, que instrumentado en forma adecuada aporta beneficios para la salud física y mental de los enfermos, además de distracción.

Las acciones emprendidas con posterioridad, por los Dres. Luis Estévez Balado, Martínez Dalke y Vicente Armando, a través de la implementación de diferentes talleres laborales, realizaban el valor terapéutico de la actividad. En la década del 70, el Dr. Néstor Marchant, incorpora la modalidad de Comunidad Terapéutica, rescatando la singular importancia del proceso de Rehabilitación “...por medio de éste se intenta reestructurar la personalidad de las pacientes y sus capacidades, conduciéndolas a una vida socialmente aceptable y a una actividad laboral conveniente...”.

Las acciones emprendidas en Rehabilitación a lo largo de estos años estuvieron orientadas hacia el trabajo, adquiriendo en cada momento diferentes sentidos y significados.

Enfoques de rehabilitación

Tomamos a la rehabilitación como un proceso cuyo objetivo es reintegrar al individuo a la comunidad, desarrollando sus capacida-

des remanentes y sus potencialidades en las áreas laboral, vocacional, social–recreativa y educativa.

Dicho proceso implica acciones de orden médico, psicológico, ocupacional, educativo, laboral y legal para ayudar a la mejor adaptación e integración de la persona discapacitada.

Los procesos de rehabilitación deben comenzar en la etapa aguda de la enfermedad. Esperar a que el tratamiento culmine para iniciar un proceso de rehabilitación, puede significar que el paciente adquiera discapacidades innecesarias como resultado de su inactividad social.

Con pacientes de muchos años de internación y para los cuales las posibilidades de externación son limitadas, sea por lo familiar/económico o por la evolución propia de la patología, es necesaria la implementación de programas tendientes a mejorar el comportamiento social, el desempeño de patrones de conducta y la autonomía, dentro de las oportunidades que ofrece el hospital psiquiátrico.

Cuando se habla de que un paciente está rehabilitado en forma óptima, no siempre implica una reubicación en un lugar independiente dentro de la comunidad o en un empleo.

Un proceso de rehabilitación implica mejorar los niveles de socialización y la calidad de vida de la persona.

Niveles de funcionamiento del Servicio de Rehabilitación

A partir del año 1987, el Servicio de Rehabilitación se estructuró en dos niveles de funcionamiento, uno Periférico y otro Central, permitiendo un mayor número de prestaciones y una mayor cobertura de profesionales de la rehabilitación, con una doble inserción en los servicios de agudos, mediano plazo, hospital de día, consultorios externos y servicios de crónicos.

Frente a la necesidad de implementar una modalidad integradora de derivaciones, surge en 1992, la formación de un Taller Terapéutico Pre–Laboral que además de posibilitar la evaluación de los aspectos relativos al desempeño laboral, permite evaluar las posi–

bles derivaciones e inserciones a las diferentes áreas del Servicio de Rehabilitación o a una ubicación laboral competente.

A través de este enfoque integrador es como en la actualidad concebimos a la rehabilitación. Cada acción emprendida es planificada y programada tomando en cuenta las áreas del desempeño ocupacional de la persona: laboral, social–recreativo y de la vida diaria.

a– Nivel Central:

- Área Cultural–Recreativo–Social
- Área Laboral
- Área Educativa
- Biblioteca
- Voluntariado
- Docencia e Investigación

b– Nivel Periférico:

- Área Clínico Asistencial

a– Nivel Central

Área Cultural–Recreativo–Social:

Las actividades de este Área son llevadas a cabo en el *Club Bonanza* de lunes a viernes y bajo la coordinación terapéutica de profesionales musicoterapeutas, acompañados de personal voluntario. A través de la implementación de Talleres creativo–expresivos (modalidad de grupos abiertos) se realiza: Teatro, Dibujo, Pintura, Literatura, Títeres, Yoga y Música. Los días sábados, domingos y feriados funcionan Gimnasia Deportiva y Recreación, a cargo de profesionales, personal técnico y voluntarios.

Los objetivos de estos talleres son la resocialización de las pacientes internadas (fundamentalmente de los servicios de crónicos). En los mismos se estimulan las diferentes funciones yojicas de las participantes, desde la instauración del sentimiento de pertenencia a un grupo y la pertinencia en relación al encuadre, hasta la inicia–

ción en las diversas técnicas estéticas y actividades sociales, culturales y deportivas.

La expresión y la creatividad ofrecen un marco que facilita la desconstrucción y la reconstrucción identificatoria en el sujeto, permitiendo la síntesis de aspectos alienados del núcleo de la personalidad, en un “sistema estable de representaciones, necesarias para la identidad de un sí-mismo” (Fiorini, 1995). Por su parte, las formas expresivas –es decir, la obra concreta y el proceso que en ella concluye– se constituyen en importantes canales alternativos de comunicación. Este hecho es de fundamental importancia en lo que a psicosis se refiere, dado que son conocidas las perturbaciones que en la esfera de lo simbólico sufren los sujetos que padecen esta clase de patología.

A esta actividad se le suman festejos, presentación de grupos musicales, coros, ballets, posibilitando de esta manera el intercambio con la comunidad. También se incluye la participación de pacientes en Festivales, Encuentros Inter-institucionales Deportivos y Salidas Terapéuticas.

Cabe mencionar que se efectúan evaluaciones periódicas de las pacientes que concurren a los diferentes talleres, considerando aspectos tales como: integración grupal, comunicación, desempeño en las actividades, condiciones motoras funcionales, senso-perceptivas, etc.

Área Laboral

Compuesta por el *Taller Terapéutico Pre-laboral* y el *Taller Protegido*.

a) En el Taller Terapéutico Pre-laboral se realiza la orientación, entrenamiento y/o derivación laboral, siendo el objetivo estimular las capacidades y hábitos a fin de una mejor adecuación del paciente en relación con su puesto de trabajo. Las pacientes confeccionan diferentes tipos de bolsas de polietileno, tanto para uso hospitalario como para su comercialización, y apósitos femeninos para

uso hospitalario exclusivamente. En este taller se evalúa el desempeño ocupacional del paciente, en situación real de trabajo.

b) El Taller Protegido, se trata de una ubicación laboral protegida, donde se confeccionan todo tipo de prendas de costura recta. Se ocupa de la rehabilitación del operario-paciente, realizando la orientación, adiestramiento y capacitación laboral en condiciones de trabajo asimiladas a las de la actividad competitiva, cuyas exigencias se controlan y elastizan.

Área Educativa

Por un convenio con el *Centro de Formación Profesional (C.F.P.) N°7* (anexo) se ofrece capacitación por módulos con certificado oficial avalado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En él se ofrece: Costura Industrial, Corte y Confección, Peluquería, Depilación, Maquillaje y Manicuría, Computación, Cocina y Repostería, Cerámica, Ramos y Tocados, Marroquinería, Dibujo y Pintura, Técnicas Artesanales.

Biblioteca

En el Servicio de Rehabilitación, funciona una biblioteca destinada a pacientes (quienes pueden retirar libros hasta un límite de quince días) de martes a viernes de 13 a 17 hs. Cuenta con casi 1800 volúmenes, en su mayoría producto de donaciones.

b- Nivel Periférico

Área Clínico-Asistencial

Este área está compuesta por profesionales de Terapia Ocupacional y Musicoterapia, rentados y concurrentes que se integran a los equipos interdisciplinarios de los diferentes servicios.

De acuerdo a la modalidad de cada servicio, participan en entrevistas de admisión, entrevistas de evaluación, tratamiento individual, individual-grupal y grupal; reuniones de equipo, asamblea

comunitaria y las posibles derivaciones al nivel central del Servicio de Rehabilitación.

Conclusiones

Las modalidades de prestación que ofrece el Servicio de Rehabilitación, organizadas en los niveles central (Club Bonanza, Taller Pre-laboral, Talleres Protegidos y Centro de Formación Profesional) y periférico (servicios de internación de corto, mediano y largo plazo y servicios de atención ambulatoria), están orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente psiquiátrico durante el tiempo que requiera internación, y posibilitar una reinserción digna a su medio social, mediante la promoción, y/o establecimiento de los recursos necesarios para tal fin.

Dicho sea de paso, el Servicio de Rehabilitación realiza 27.414 prestaciones anuales (año 1997), siendo su objetivo a mediano plazo implementar seguimientos extrahospitales en cada una de sus áreas.

Sicodanza¹

“...al mismo tiempo que el amor nos hizo humanos, nos hizo seres fisiológicamente dependientes de él, y susceptibles a que su pérdida altere nuestro bienestar psíquico y somático”.
Gerda Verden–Zoller, Humberto Maturana Romesin

Introducción

Este trabajo surge como síntesis y reflexión de la tarea realizada desde el año 1989 en el Hospital de Día del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano en el espacio de Sicodanza Sicodramática y con grupos de pacientes en el Pabellón Magnan de dicho hospital. Como terapeuta considero fundamental la inclusión del cuerpo en el trabajo terapéutico. A partir de mi experiencia clínica de más de 15 años con pacientes crónicos, he comprobado la necesidad y eficacia de la inclusión del cuerpo desde diversas perspectivas en el trabajo terapéutico ya que considero que el cuerpo es la clave, el escenario, donde sucede nuestra vida y no hay palabra sin cuerpo ni cuerpo sin palabra.

Hospital de Día

El equipo de profesionales de nuestro Hospital de Día está constituido por médicos, psicólogos, musicoterapeutas, sicodramatistas, terapeutas ocupacionales, asistente social y un equipo de enfermería. Las pacientes reciben atención individual y grupal. La sicodan-

¹ *Colaboraron en esta experiencia: Lic. Fabiana Cavallaro, Lic. María Beatriz Román, Terapeuta Ocupacional María Torrilla, Terapeuta Ocupacional Sandra Trachi; a quienes expreso mi más sincero reconocimiento.*

za sicodramática es una de las tareas grupales que se realiza en Hospital de Día, su frecuencia es bisemanal con dos grupos diferentes. El tiempo de tratamiento aproximado es de un año.

¿De qué se trata este trabajo con el cuerpo?

Se trata de elaborar imposibilidades, obstáculos, miedos, miedo a ser sancionado, al ridículo, a expresarse, a dejarse ver, a ser mal visto, de hablar. Por eso, este trabajo con el cuerpo incluye el cuerpo del auxiliar, el cuerpo del terapeuta, los objetos, el trabajo de sensibilización, el sonido, la música, la danza, el dibujo, la construcción de títeres, los títeres de animales, la construcción de máscaras, el trabajo en relación al espacio, la construcción de imágenes y las construcciones inespecíficas.

En este trabajo se trata de posibilitar el reconocimiento, el encuentro consigo mismo y con los otros. Se trata de saber quién soy y qué quiero. Se trata de poder confiar y empezar a creer. Se trata de estimular la creatividad y la espontaneidad. Y para esto, también el terapeuta debe atreverse a buscar, encontrar y ofrecer nuevos recursos.

Teniendo en cuenta la Teoría del Núcleo del Yo y el Esquema de Roles de Rojas Bermúdez y dadas las características de estos grupos de pacientes con alto grado de deterioro, con pocas iniciativas, bloqueados, expectantes o indiferentes, limitados en sus movimientos, inhibidos en su expresión, desvalorizados, a veces ajenos a lo que ocurre en la sesión, hasta incluso en oportunidades, ajenos a ellos mismos. Su imagen corporal distorsionada, ocupando un lugar de fracaso y de resignación. Las actividades realizadas dentro del espacio de Sicodanza sicodramática tienen como objetivo la retracción del Sí Mismo Sicológico (SMS) creando un clima de confianza por medio de actividades que disminuyan el estado de tensión o alarma (caldeamiento – warming up) para posibilitar la emergencia de material que se trabajará en la siguiente etapa de Dramatización y la conciencia de sí mismo (imagen corporal, esquema corporal, tiempo y espacio), la comunicación (acción–inte-

racción) y el aprendizaje (reaprendizaje) de roles y desempeño de roles, tratando de que el paciente, al recordar, revivir, comprender y elaborar situaciones conflictivas o traumáticas (dramatización y comentarios) pueda encontrar recursos que le permitan relacionarse e integrarse adecuadamente al grupo, a la familia, a la estructura social.

Sicodanza Sicodramática

“Sicodanza Sicodramática es una técnica sicoterapéutica derivada del sicodrama que utiliza el cuerpo y la danza como vehículos comunicacionales y la música como soporte de dicha comunicación” (Rojas Bermúdez).

Mantiene el encuadre sicodramático de la Escuela Argentina, es decir, los cinco instrumentos fundamentales (director, yo-auxiliar, escenario, protagonista y auditorio), las tres etapas (caldeamiento, dramatización y comentarios) y los tres contextos (social, grupal y dramático).

En el escenario “espacio de lo posible” se trabaja en la integración de las tres áreas: Mente (contenidos psicológicos), Cuerpo (el cuerpo está siempre presente en todas las actividades), Ambiente (posibilidad de establecer nuevos vínculos y reparar otros y nuevas formas de relación en la interacción y el juego de roles).

Entrar al escenario implica ocupar un espacio, moverse es recorrerlo, explorarlo, reconocerlo, experimentarlo. En general, en las primeras sesiones los pacientes no tienen conciencia de esta posibilidad, lo hacen por sugerencia, porque es la consigna del terapeuta.

Ocupar sin temor un espacio es otra cuestión, disfrutarlo y compartirlo con otros habla de un cambio de posición subjetiva, para esto hubo de transcurrir un tiempo en este espacio y la necesidad de implementar otros recursos, recursos que permitan aflorar a partir del cuerpo conflictos psicológicos no resueltos.

Sicodanza es una técnica psicoterapéutica en la que el cuerpo es utilizado en sus múltiples formas de expresión. Al referirnos a la

danza en nuestra escuela no nos referimos a una técnica determinada. Para nosotros es algo inherente al ser humano como forma de expresión, no sólo hay una descarga de energía, sino una liberación de formas donde lo real surgirá a través de «la danza», infiltrado de lo imaginario y lo simbólico.

Bailar es expresar con el cuerpo estados de ánimo, afectos y sentimientos, a través de actitudes, gestos y ritmos. Pero el cuerpo evitará expresar lo que no se atreve a sentir, de allí la importancia fundamental del tiempo, las técnicas y los recursos a utilizar en el caldeamiento.

Desde su origen nuestro cuerpo registró y quedó marcado con sensaciones y vivencias, en él quedaron inscriptas las huellas de lo imposible de simbolizar que luego hará síntoma u otras manifestaciones patológicas.

En toda relación humana está presente la mirada, la voz, el olfato (con sus implicancias de atracción o rechazo), los gestos, la actitud corporal; y esto implica la actitud frente al otro, frente al mundo, la imagen que cada uno tiene de sí y la forma en que se muestra. En la comunicación con el otro, la posibilidad de contacto a través de la piel posibilita sensaciones táctiles, térmicas y tónicas, pudiendo aparecer el temor a la violencia o a la sensualidad y siendo necesario sustituir el miedo y la agresividad por el respeto y la confianza.

Recordamos las palabras de Maud Mannoni "...en el surgimiento de una historia, el drama subjetivo en el plano imaginario cobra valor de trauma. Este último nace en un "après coup" y con frecuencia a su respecto el sujeto ya no hablará de él mismo. Algo permanece sin embargo hablado, desprendido del sujeto, quien no posee el dominio de aquello que marcándolo, lo dejó sin palabras para decirlo. Pues la represión comienza en ese punto en que con relación al acontecimiento perturbador no se dieron palabras. Así, cuando se abre ante el sujeto un mundo de verbalizaciones, éste toma posesión de ellas al precio de un margen de olvido".

Los significantes del cuerpo

Existimos en nuestro cuerpo. El cuerpo es el escenario donde sucede nuestra vida. Nadie existe separado de su cuerpo. En la constitución del Yo es fundamental la claridad y estabilidad de la imagen corporal. Si el Yo es conciencia de sí mismo, toda distorsión sería de la imagen corporal se va a manifestar en algún deterioro específico del Yo.

El niño al nacer carece de límites, las funciones fisiológicas indispensables van delimitando zonas, destacando en ese cuerpo biológico puntos de referencia en la constitución de la imagen corporal; ésta se irá constituyendo fundamentalmente a partir de un cuerpo a cuerpo (cuerpo materno o sustituto y cuerpo del niño), donde la relación con el otro irá inscribiendo las primeras huellas.

En el cuerpo del niño, que al inicio de su vida es un conjunto de zonas erógenas y funciones parciales, se va construyendo la imagen corporal que le permitirá definirse como Yo.

En la constitución de esa imagen que se va construyendo condicionada por lo fisiológico, el recién nacido no distingue su cuerpo como propio y no puede integrar las diferentes partes del mismo, incapaz de hacer algo por sí, dependiendo de “otro” para poder vivir, necesita que se ocupen de él para satisfacer sus necesidades orgánicas y afectivas. Es fundamental, como dice Spitz, “que la madre cree el clima emocional favorable al desarrollo del niño” y lo que crea ese clima son los sentimientos de amor y de afecto de la madre hacia el hijo. Ya durante su gestación la madre ha imaginado al niño, al nacer, el cuerpo real del niño la confrontará con esa “imagen” anticipada de su fantasía (Piera Aulagnier).

El cuerpo del niño es “hablado” por la madre en un doble sentido, las necesidades fisiológicas van siendo decodificadas por ella y es ella también quien le va dando desde su deseo, sus palabras o sus silencios, con sus actitudes afectivas de atención o indiferencia, una imagen de sí mismo y un lugar en la estructura social. El cuerpo del niño va almacenando sensaciones y vivencias que lo cargan de significados y significación. La madre es el espejo que lo ayuda a

construir su imagen, es ella quien fundamentalmente lo va definiendo desde un lugar de aprobación, indiferencia o rechazo, ofreciéndole además un modelo básico donde, incluyendo su matriz de identidad, tomará rasgos de identificación.

La madre más que cualquier otro, va definiendo al niño. La actitud afectiva hacia él posibilitará, o no, un sentimiento de confianza propicio al desarrollo psicológico y social que permitirán su particular forma de ser en el mundo.

Abordajes Sicodramáticos

El caldeamiento con estos grupos de pacientes suele ser largo. Con frecuencia surge el protagonista y se pasa del caldeamiento a la dramatización sin cortes. En el trabajo vincular se comienza por lo menos persecutorio, menos temido y menos culpabilizable. Se fueron incorporando elementos de manera gradual. Primero fueron los objetos, poder reconocerlos, recorrerlos, descubrir y conocer el propio cuerpo a través de la relación con los objetos para descubrir a través del objeto investido, al otro y poder vincularse a través de ellos.

Los objetos se conocen con los ojos, el olfato, el tacto. El objeto puede transformar y ser transformado en elementos de la fantasía, ayudar a crear personajes y situaciones que permiten “inventar historias”. Los pacientes nos guían y confirman con sus comentarios. Una paciente dice: “es como una galería de espejos en la que al ver y trabajar con los otros, me reconozco a mí misma”.

Lo que se intenta en el inicio de los grupos es crear un clima de confianza para que puedan superar el temor a mostrarse, el miedo a trabajar con su propio cuerpo y a conectarse con él, dado que, como dijimos anteriormente, el cuerpo es un reservorio de vivencias y la caja de resonancia de los estímulos internos y externos.

Dadas las características de estos pacientes, en el caldeamiento se incluye el reconocimiento del espacio general (todo el ambiente), particular (escenario) y en relación al cuerpo, vamos de lo parcial (diferentes zonas del cuerpo) a lo general (integración corpo-

ral). Se realiza trabajo con objetos: globos, pelotas, géneros de diferentes texturas y colores, crealina, instrumentos musicales, elásticos, etc.; trabajos de sensopercepción, trabajos con ritmo, con música, de relajación, respiratorios, en relación a la gravedad, títeres, máscaras y construcción de imágenes. Hay que motivar al paciente, atraer su atención, despertar su interés y darle recursos que posibiliten su espontaneidad y creatividad. En el caldeamiento hay un tiempo de mirar al auxiliar, de imitar para aprender hasta llegar a la improvisación que conduce a la creación de la coreografía.

La coreografía es la realización de la idea. A veces la intención no está clara y el movimiento no sigue ningún propósito. En el movimiento de pronto algo sucede, algo empieza a destacarse, a crecer, a intensificarse, la intención se define: nace la coreografía, la puesta en escena de la idea en movimiento.

En la coreografía que un paciente realiza durante el caldeamiento o como protagonista de la sesión, actúa movido por un sentimiento, un estado de ánimo. La danza surge de un proceso interno, se expresa a través de imágenes y formas en movimiento, es la transformación del sentimiento experimentado, traducido y externalizado que lleva a expresarse y mostrarse, realizando la acción y comprendiéndola intelectualmente.

La danza produce un placer estético, dinámico y emocional. Así como lo psicológico modifica la actitud corporal y las formas, la danza posibilita a través de formas libres de movimiento, expresar y descubrir conflictos psicológicos que en Sicodanza serán tratados terapéuticamente.

En general los pacientes se sorprenden por este bienestar que les produce el trabajo con el cuerpo, descubren, según sus propios comentarios, una nueva percepción de libertad y aparecen, a través de sensaciones e imágenes, multiplicidad de recuerdos y escenas significativas olvidadas por el paciente.

Títeres

Posibilitar la disminución del compromiso personal permite poder hablar de lo más íntimo. Los objetos son elementos reales que permiten a través de lo simbólico, la aparición de lo imaginario.

Teniendo en cuenta la importancia de disminuir el compromiso personal para permitir mayor libertad de expresión y que “el títere como objeto intermediario (OI) es un recurso terapéutico cuando la comunicación interpersonal está alterada” (Rojas Bermúdez), se ha propuesto a los pacientes (1995), la construcción de títeres: que cada uno construya su propio títere y con la colaboración de Terapia Ocupacional donde tuvo lugar la realización de los mismos, pusimos manos a la obra.

Fue un trabajo sorprendente por el material proyectivo que apareció. En la realización surgieron obstáculos, soluciones e imposibilidades, el pedido de ayuda y la colaboración. El títere terminado evidenciaba la íntima y profunda relación de éste con los contenidos del paciente, funcionando como Objeto Intra Intermediario (OII).

Apareció la oportunidad de “dar vida”, fantasías de maternidad, la posibilidad de ser “Anastasia... una princesa, lo que siempre quise ser”, o “el Principito” o “la novia” que cumple el viejo sueño tradicional de casarse de blanco, y la construcción de un “hogar-casa” para los títeres: el teatro de títeres.

Cada títere vivió su historia, pero quizás la más movilizadora fue la relación y los diálogos entre “el Principito”, “la Mocita” y “Anastasia”, en la cual intervino C., paciente alcohólica, con serias dificultades corporales que sólo pudo construir la cabeza de su títere. No había forma de darle cuerpo. C. explica: “sólo importa el cerebro, un cuerpo sin cerebro no existe”. Luego, por primera vez, habla como nunca antes lo había hecho, de su historia... de su relación con su madre, su vida detrás de una mujer en silla de ruedas, la muerte de su hermana muy joven, muerte imposible de superar... el alcohol, el cigarrillo... su propia enfermedad, sus sueños rotos, el tiempo previo a la muerte de su madre, “un cuerpo que no respon-

de”, las palabras inútiles porque no obtiene respuesta. Se juegan otras escenas, el títere sin cuerpo intenta seducir al Principito sin lograrlo, lo comprende y acepta, pero cuando “el Principito” y “la Mocita” deciden casarse, C. interviene: “por favor, esperen un poco porque yo quiero ir al casamiento, pero tengo que hacerme un cuerpo...”.

Títeres de animales

Teniendo en cuenta las posibilidades que puede brindar el trabajo con títeres como OI y como OII, el interés por los animales y el vínculo que algunas personas pueden establecer con ellos, se introdujeron los títeres de animales buscando una nueva forma de calentar al grupo intentando facilitar la comunicación, la interacción y posibilitar la aparición de nuevos elementos a trabajar.

El primer momento con los títeres fue para las pacientes de sorpresa y fascinación, fueron espontáneas en la elección de su títere y pasaron rápidamente a la acción. En general la elección del títere tenía que ver con características de personalidad de las pacientes, características que las pacientes adjudicaban al “animal”. En casi todas apareció el deseo de acariciar al títere y con el títere a otras compañeras. La ternura y la necesidad de contacto fueron evidentes y pudieron jugarse, gracias a este recurso, escenas de fuerte contenido emocional.

Las pacientes se identifican con el títere, coinciden con el comentario de una de ellas, “los animalitos somos nosotros, con el títere podemos decir lo que no nos animamos a decir”... “el títere me produce mucha ternura porque son como criaturas”. Los títeres de animales al ser percibidos con simpatía, como “indefensos”, generan afectos, curiosidad, interés, se pueden articular con facilidad y son sencillos de manejar, motivan y estimulan la posibilidad de expresión y comunicación en un campo relajado.

Máscaras

El trabajo con máscaras fue paulatino, dado que el proceso de construir la propia máscara implica una creación individual, que permite expresar simbólicamente contenidos del paciente. Las primeras “máscaras” fueron realizadas (luego de un caldeamiento) sobre el propio rostro, con maquillaje.

Este trabajo tuvo, como finalidad, la emergencia de contenidos y el trabajo sobre la propia imagen. C., la paciente del títere sin cuerpo, comentó: “no me maquillaba así desde la muerte de mi madre”. Se hizo notable como, gracias a las máscaras, pudieron reconectarse con la imagen de la salud y descubrir que a pesar de todo seguían siendo ellas mismas. Sus vidas habían cambiado, pero no todo se había perdido, había que seguir reconstruyendo.

En el año 1996, frente a la aparente falta de compromiso e indiferencia en el grupo, escuchando sus comentarios: “tengo vergüenza, estoy gorda, no me puedo mover” y mirando sus actitudes corporales, (formas cerradas e inmóviles) se propone la realización de máscaras en forma individual con la colaboración de las dos terapistas ocupacionales del servicio. Se utilizaron distintas técnicas en las que sin ayuda del compañero y el contacto directo de sus manos sobre el material y el rostro, construir fue imposible. El caldeamiento fue largo pero quienes no participaron de él, no construyeron su máscara.

Una vez terminadas, cada máscara tuvo un significado propio y fue un personaje, pero el “ser” de esa máscara y su implicancia en la realidad del paciente, fue un suceso trascendente que pudo aparecer y comprobarse en sesiones muy alejadas del momento de su construcción.

La máscara oculta la cara, los gestos, los sentimientos. Terminadas las máscaras, en la sesión de sicodanza, al principio les cuesta meterse en el personaje, como si fuera algo ajeno, nuevo y extraño, luego la máscara va siendo asimilada, incorporada, constituyéndose

en algo propio. Pudimos observar la amplitud y variedad de movimientos que lograron desplegar a partir del trabajo con las máscaras, que se fueron poniendo espontáneamente, incorporándose al grupo, buscando establecer vínculos. Surgieron movimientos nuevos, cuerpos más flexibles, menos rígidos que los habituales, piernas flexionadas, movimientos de cintura, cadera y la búsqueda a través de la danza de formas de expresar y comunicar sus sentimientos. Una paciente dice: “con las máscaras es el verdadero teatro, podemos animarnos a hablar y movernos, porque la cara está tapada y aparece lo inconsciente”. Se les pregunta “¿qué fue para ustedes construir las máscaras?”, –“Al construir la máscara fue apareciendo el rostro que quisimos tener”. S. comenta: “Yo construí un demonio como fuerza poderosa que todo lo puede, en contraposición con el poco carácter que tengo, quería que todos me miraran y elogiaran... mi papá no me mira, habla poco y nada, desde siempre” y agrega, “hoy bailando con mi máscara me sentí muy bien, era como volar más allá de los pájaros”.

Construcción de imágenes

Se sugiere al paciente que construya con personas u objetos, como una foto, la imagen del tema a tratar, esto permite al modo de una imagen onírica, que el paciente describa y traduzca en palabras, su mundo interno, lo que él sólo sabe y puede explicar asociando libremente.

La imagen es propia del paciente, él la construye en el escenario, concretizando en una forma, situaciones, sensaciones corporales, síntomas, relaciones familiares, de pareja, laborales, sentimientos, etc.

El trabajo con imágenes es sumamente valioso. Personalmente, cuando luego de un caldeoamiento, no aparece material significativo, recorro con frecuencia a las Construcciones Inespecíficas, esto es, a diferencia de lo habitual donde la imagen a construir es sobre un tema específico, aquí la posibilidad es lo más libre posible. Estas construcciones están “alejadas” de la realidad, sin embargo

cuando el paciente observa su obra, ésta siempre lo remite a su propia historia, permitiendo a partir de lo simbólico trabajar sobre lo imaginario y lo real. Una construcción inespecífica puede llevar a la posibilidad de construir un espacio y descubrir que moverse dentro de él es imposible “por vergüenza, por ser gorda...”, “porque tengo una historia muy pesada...” y así empezar a recordar, elaborar y reconstruir.

Todos estos recursos terapéuticos y muchos otros han sido utilizados buscando favorecer la reinserción de los pacientes en la estructura social, capacitándolos a partir del trabajo terapéutico a relacionarse adecuadamente.

Agradecimientos: Al Dr. Néstor Marchant, director del Hospital Municipal Braulio A. Moyano de Buenos Aires, Argentina, por haber hecho siempre posible un espacio para el sicodrama.

A la Dra. Susana Caruso, Jefa de Hospital de Día del Hospital Braulio A. Moyano, por su confianza; sin ella esta experiencia no hubiese sido posible.

Al Dr. Jaime G. Rojas Bermúdez, por su generosidad sin límites en transmitir su saber, por sus consejos y enseñanzas.

A cada uno y a todos los pacientes; juntos y entre todos vamos haciendo camino...

Reuniones del Equipo Interdisciplinario y Ateneos

Los enfermos mentales en general han sido considerados, tradicionalmente, como seres aislados portadores de su enfermedad. Marginados socialmente, la solución de sus problemas consistía en la reclusión en establecimientos cerrados, con normas rígidas de tratamiento, con la responsabilidad exclusiva de su recuperación centrada en los profesionales, técnicos y auxiliares.

El concepto actual sobre las personas con alguna alteración mental es que no están totalmente enfermas, sino que mantienen núcleos de personalidad íntegros y con un alto índice de recuperabilidad. Se considera a los individuos en su totalidad, como seres bio-psico-sociales que enfrentan la enfermedad como una profunda crisis producto de un terreno biológico y psicológico previo vulnerable, interactuando con una historia vital dramática que no ha podido superar exitosamente.

Para la recuperación, dentro de lo que permita su patología, se considera necesario que no pierdan el contacto con el núcleo familiar y con la sociedad en su totalidad, a la cual se espera que puedan reintegrarse.

Un modo de alcanzar esos objetivos es la aplicación del concepto de Comunidad Terapéutica, que venimos desarrollando a lo largo de los capítulos anteriores.

Es una necesidad para los que participamos en la actividad de Comunidad Terapéutica, divulgar sus principios, ya que dicho enfoque transforma la calidad de atención psicoterapéutica de los pa-

cientes en una atención de excelencia, especialmente en lo que concierne al área afectiva.

Históricamente, es en la década del 60 con el auge de la psiquiatría comunitaria y social, cuando se comienza a pensar en la Comunidad Terapéutica, por una parte, como un espacio de cuidados especiales gracias al desarrollo de actividades terapéuticas específicas, y por otra, como espacio de readaptación social que favorece la readquisición y desarrollo de nuevos vínculos y destrezas, en un ambiente que trata de evitar el estrés que supone para el paciente psicótico su internación.

De este modo, la Comunidad Terapéutica lo prepara para el más pronto regreso a su actividad previa al enfermar, con especial acento en que la rehabilitación progresiva por medio de actividades orientadas a las interrelaciones sociales lo capacite eficazmente para el logro de dicha reinserción.

Esta es una técnica especial dentro del proceso psicoterapéutico, que tiene como finalidad la recuperación del enfermo mental en un ambiente en cuyas estructuras se desarrollan las normas adaptativas necesarias para lograr que el paciente asuma el rol que le posibilitará dicha reinserción en la sociedad. En la práctica se establece un sistema de trabajo colectivo, en el seno del cual, las decisiones se adoptan en forma grupal, con la participación activa de los pacientes, dentro de un sistema de "puertas abiertas".

Es especialmente necesario el papel activo del paciente en su proceso de recuperación, dado que el adquirir el sentimiento de responsabilidad en su tratamiento, lo ayuda a prevenir recaídas y a evitar la cronicidad de su proceso.

Esta técnica se ha implementado en el Pabellón Magnan, del Hospital Dr. Braulio A. Moyano, a partir de 1977, y actualmente es aplicada en la mayoría de los pabellones.

El conjunto de las estrategias usadas, ha logrado un espacio contenedor que brinda seguridad y facilita una relación terapéutica intensiva de colaboración con el paciente y su familia, proveyendo a dicho grupo información sobre la enfermedad (lo cual facilita un

mejor vínculo entre el grupo familiar y el emergente enfermo y la desculpabilización de sus integrantes).

Se ha logrado, de este modo, una mejoría no sólo clínica, sino también la ampliación de los recursos del paciente para enfrentar su enfermedad cognitiva y emocionalmente con mayor fortaleza y eficacia.

Para la instrumentación de este enfoque en el análisis de los problemas, tanto los generados por el decurso de la propia enfermedad, como los derivados de la internación, participan, el cuerpo profesional, técnico y auxiliar, los pacientes y sus familiares, redistribuyéndose en todos ellos, la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones.

En este capítulo analizaremos con mayor profundidad, dos de las actividades que conforman la estructura del sistema “Comunidad Terapéutica”, como son las reuniones del equipo interdisciplinario y los ateneos.

Reuniones del Equipo Interdisciplinario

Las reuniones de equipo tienen un doble objetivo básico: organizar la actividad del Pabellón respectivo y pautar su funcionamiento a fin de lograr la concordancia en las metas terapéuticas y la armonía coherente en la ejecución de los tratamientos. También configuran el espacio insustituible para la catarsis de la hostilidad que los terapeutas debemos reconocernos como seres humanos a fin de eliminar factores negativos que podrían tener como destinatarios finales a los pacientes.

Debemos comenzar reconociendo que, si bien la formación de un “equipo” interdisciplinario no es tarea sencilla, el “trabajo en equipo”, el funcionamiento afiatado de ese todo en el que cada parte depende, de alguna manera, de la actividad de la otra, es particularmente una empresa difícil.

Podemos describir algunos de los factores que obstaculizan esta tarea como ser la censura y la autocensura; el individualismo excesivo que tiñe la competencia entre los terapeutas de las distintas ra-

mas profesionales, de las diferentes escuelas y aún los presumibles trastornos de las distintas personalidades, como algunos de los determinantes que inhiben gran parte de la eficacia de los equipos terapéuticos.

Es indispensable por tanto, para el ingreso a un equipo de trabajo interdisciplinario, dejar de lado las tendencias narcisistas acendradas y tener una actitud de escucha respetuosa de las opiniones vertidas por los otros integrantes del equipo, a fin de obtener desde la honestidad profesional el mejor aporte, proveniente de la formación académica y vivencial de cada uno de sus miembros. La condición esencial de “buena persona” en el sentido más lato de la expresión es ese requisito de cuota mínima de salud mental requerida para interrelacionarse y participar de un equipo, junto a la dosis de humildad y entrega que caracteriza la vocación de servicio de los que participan del arte de curar y que enriquece la tarea asistencial.

La meta y la estructura de las reuniones

La Reunión del Equipo Interdisciplinario está dirigida, según se anticipó, a la tarea de la organización del Pabellón en el sentido terapéutico y a la instrumentación del funcionamiento consecuente.

En el seno de estas reuniones deberán debatirse la totalidad de las políticas científicas que serán aplicadas, la marcha de las que se encuentren en ejecución y la evaluación “a fortiori” de los resultados. También será objetivo de ellas atender y evaluar los logros obtenidos en otros grupos de la comunidad terapéutica o en otros sectores de la actividad del Servicio.

Un aspecto sumamente importante de la finalidad de las Reuniones de Equipo, está dado por la posibilidad de resolver en su ámbito, los conflictos triangulares —entre dos integrantes del equipo, como mínimo, y una enferma— que se generan habitualmente. La discrepancia más tradicional que hemos observado que se suscita, es en torno a la aplicación de un tratamiento específico a aplicar a una enferma o con detalles vinculados con el mismo, y proviene generalmente de dos médicos de distinta orientación científí-

ca o de un médico con un psicólogo o de cualquiera de ellos con un terapeuta ocupacional, una asistente social o una enfermera del Servicio.

Dicha controversia intelectual y/o afectiva, debe su origen en la mayoría de los casos, a la vocación y el empeño personales de los miembros del equipo para lograr dar cabida a sus respectivos puntos de vista en pro de la enferma. Estas discrepancias suelen durar hasta el momento de la externación de la paciente y la gravedad de la cuestión reside en que los distintos criterios terapéuticos provocan animosidades recíprocas entre los integrantes del equipo.

Dicho clima negativo de las cuestiones interpersonales entre los miembros del Equipo Interdisciplinario, si no es analizado, elaborado y resuelto adecuadamente en las reuniones semanales, puede ir adquiriendo exteriorizaciones más virulentas progresivamente, como una forma de "*perversidad institucional*" que conduce a disociar a la enferma y en definitiva a producir en ella una iatrogenia institucional, derivada de una común preocupación por su restablecimiento.

En la práctica se ha demostrado como un excelente remedio para la mayoría de estos problemas, promover la discusión exhaustiva de los puntos de vista disímiles o confrontados –aristas de conflictos existentes o potenciales– con la mira puesta en el logro de resoluciones concretas.

Funcionamiento y logros de las reuniones

Las Reuniones de Equipo funcionan con características similares a las de los grupos reflexivos, ámbito en el cual sus integrantes exponen, con total libertad, todos aquellos temas vinculados al quehacer terapéutico del Servicio.

Las reuniones son de dos tipos: *Programadas*, generalmente con una frecuencia de dos veces semanales (habitualmente el primero y el último de los días hábiles) y las *No programadas*, que son convocadas ante una situación imprevista.

Con respecto a los logros, es notable observar que si las reuniones ganan en regularidad y frecuencia, los conflictos interpersonales antes descritos, concluyen más fácilmente adquiriéndose, en ocasiones, plena identidad con uno de los criterios debatidos y, en otras, los rasgos característicos de una creación novedosa, resultante de la transacción conciliatoria proveniente de las tesis antagónicas.

En cualquiera de los casos, al concordar respecto de una determinada posición y las medidas terapéuticas que derivan de ésta, y al obtener el apoyo del resto del equipo –incluidos los participantes de los polos de la controversia– se logra el “desarme” de los actuales y potenciales “boicots” inconscientes al tratamiento que se hallaba en discusión.

Es fundamental en este tipo de reuniones que el Jefe de cada Servicio, que es responsable directo del funcionamiento del mismo, tanto ante la autoridad hospitalaria como ante los Jueces intervinientes, en su caso, *flexibilice* su autoridad a fin de impulsar la participación de todos los miembros de su equipo en la toma de decisiones. Es importante para el logro de dicha participación, una adecuada delegación de las atribuciones que promueva un incremento de los niveles de responsabilidad personal por parte de sus integrantes.

Queremos hacer en este punto una reflexión producto de nuestra experiencia acerca de uno de los defectos más sensibles que observamos entre los profesionales de la salud mental y que es su habitual falta de comunicación. Este es un hecho que complica y enturbia las expectativas de un área en la que se relacionan especialistas de la materia. Esa falta de comunicación entre miembros de un mismo grupo, entre Jefes de Servicio y entre Directores, constituye, en ocasiones, un signo palpable de enfermedad mental de la institución y sus miembros.

Casualmente, una de las formas que adopta la perversidad institucional a la que se hiciera referencia anteriormente, se configura a través de críticas, censuras o burlas en los pasillos hospitalarios,

que vienen a suplir, con obvio perjuicio y pésimo gusto, la dilucidación de situaciones conflictivas por la vía eficaz de las comunicaciones honestas y oportunas.

Ateneos

Son reuniones especiales del Equipo Interdisciplinario, destinadas a procurar establecer un diagnóstico de la patología de las nuevas pacientes, recategorizar nosológicamente a las que tienen un tiempo de internación y su cuadro varió, y discutir acerca de la implementación de las terapéuticas más adecuadas.

En ocasiones, el Ateneo se orienta a revisar o afinar un diagnóstico preexistente; pero en todos los supuestos, se presentan para ser considerados en él, los casos científicamente más relevantes o singulares.

El equipo que interviene para preparar el caso que va a ser presentado en el Ateneo, está conformado por un médico, un psicólogo, un asistente social, un terapeuta ocupacional y una enfermera. Sus integrantes estudian y elaboran la presentación sindromática de la paciente y exponen los distintos diagnósticos diferenciales que se tuvieron en cuenta en dicho análisis.

Gracias a ese camino, el equipo citado elabora y pronuncia uno o más diagnósticos presuntivos, en relación a los cuales participará el resto del personal terapéutico, aportando opiniones y conocimientos, hasta obtener la mayor aproximación posible a la certeza diagnóstica y, por lo tanto, al logro del perfeccionamiento del enfoque terapéutico.

Los Ateneos se realizan con una periodicidad que oscila entre los 20 y los 25 días y frecuentemente, en varios de ellos, consecutivos o no, se analiza la condición de una misma paciente cuya patología no termina de detectarse acabadamente o presenta síntomas agregados, atípicos o confusos.

En ocasiones, se realizan reuniones a las que se convoca a más de uno de los Pabellones del Hospital, cuyos Equipos Interdisciplinarios conforman, de esta manera, un Ateneo común destinado a

considerar aquellos casos de difícil diagnóstico, proveniente de cualquiera de los Servicios concelebrantes del encuentro. Se ha observado que estos Ateneos conjuntos, conforman vías eficaces para producir la apertura de cada Equipo Terapéutico al conocimiento y la experiencia de los miembros de otro.

La alusión al tratamiento de las pacientes mentales reflota la vigencia de la frase de Acusse Ruiz, repetida como advertencia acerca de la relatividad de todo aquello que se presume definitivo en algún momento, y como un consejo imponderable respecto de la necesaria continuidad de las investigaciones y análisis científicos acerca de cada enferma: “Los diagnósticos en Psiquiatría deben ser escritos siempre en lápiz”. Consideramos que es la frase más atinada para revalidar los presupuestos de humildad, empeño y entrega que el médico habrá de realimentar a diario en aras de la salud de sus pacientes.

Hospital de Noche

El Hospital de Noche es el primer Servicio Psiquiátrico que, dentro de un marco hospitalario, brinda cobertura social a personas que por causa de su trastorno mental han perdido el lugar en la familia y en la sociedad.

Las ingresantes provienen en gran mayoría, de la derivación de otros pabellones del hospital, como así también, pero en menor escala, de diferentes instituciones psiquiátricas de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires.

En general se trata de pacientes que ya han realizado el tratamiento de la fase aguda en vías de estabilidad psíquica, readaptación y reinserción familiar en algunos casos y social en otros.

Para la admisión se realizan entrevistas previas, en las que se evalúan las posibilidades de plasticidad a la vida comunitaria, lo que significa la aceptación de pautas y modalidades de convivencia, compartir tareas de diverso tipo y respetar principios y costumbres que en realidad no son terminantes ni esquemáticas, sino que van cambiando de acuerdo con las circunstancias vivenciales de todas y cada una de ellas para con el grupo.

Tratamos que este paso, que engloba la pérdida del terapeuta, que los lugares comunes, los afectos circunstanciales, los cambios en el funcionamiento doméstico y nuevas exigencias a nivel social, no resulten demasiado traumáticos, y es por eso que trabajamos en el ingreso conjuntamente con el terapeuta que deriva a la paciente. El fin es reforzar las defensas y atenuar el trauma del cambio.

Después del ingreso pasan a formar parte de un grupo en donde todas las integrantes buscan una respuesta medianamente coherente a su situación de desamparo y a una inminente externación en algunos casos, con falta de medios económicos y escasas oportunidades de trabajo, luego de su separación del mundo exterior.

Con estas alternativas como capital, surge nuevamente el fantasma de la marginalidad y el desamparo como destino irremediable. Se suman a ello las dificultades existentes en el campo laboral actual, en cuanto a selección y pautas de competencia para acceder a un empleo, cosa imposible de lograr para la mayoría de ellas a causa de su edad, falta de formación específica y otros imponderables de las exigencias actuales.

Incorporar estímulos en estas condiciones resulta a veces una fantasía o una titánica tarea que comienza casi siempre sin esperanzas. Se esgrime para esto, todo el esfuerzo terapéutico para la reorganización vital y, poco a poco, algunas en más tiempo, otras en menos, van alcanzando algunas metas y se van yendo.

Ingresadas a un nuevo régimen de vida mediante las nuevas actividades, la reestructuración del tratamiento, las tareas laborales o la búsqueda de ellas, se puede esbozar una matriz de pertenencia que les permite afianzar alguno rasgos de identidad social con los que pueden empezar a enriquecer su experiencia.

La dinámica funcional es interactiva, donde prevalece el autocuidado del entorno y los lugares comunes. La posibilidad de salir a realizar tareas fuera del hospital, de recrearse a otro nivel, de acceder a contactos personales diferentes y de asistir a las terapias correspondientes, ya sean grupales, individuales o comunitarias, ocupan su tiempo y responsabilizan su actuación en función comunitaria.

Desde lo terapéutico tratamos siempre de abarcar diferentes aspectos, teniendo como objetivo ofrecer una asistencia especializada que las preparen para tener una mejor calidad de vida, integralmente diferente a la que llevaron y que desembocó en el desequilibrio mental y el caos existencial.

Se valoriza la prevención de las recaídas mediante el control sistemático y el apoyo psicoterapéutico, con el fin de prevenir reinternaciones.

El propósito de nuestro trabajo es dar una alternativa posible a una necesidad o falta perentoria: *el desamparo social y la ausencia de lazos familiares*.

Nos basamos en modalidades y estrategias de atención, que abarcan dinámicas de funcionamiento social y doméstico preferentemente, y se trabaja sobre los beneficios individuales y grupales, variando los diseños de objetivos de acuerdo con los conflictos del grupo y las variantes individuales.

Cada paciente recibe su tratamiento individual tanto de su trastorno psiquiátrico como de sus dolencias orgánicas, que son tratadas en los diferentes servicios especializados del hospital. Para las terapias se utilizan las teorías y los métodos de la psiquiatría y psicología tradicionales como así también de otras ciencias, para satisfacer las necesidades de una comunidad funcional en el aquí y ahora para la salud mental.

La mayoría de ellas después de su externación, continúan concurrendo al servicio a realizar su terapia y control psiquiátrico. Las que se alejan a otros lugares escriben, y las que se siguen controlando en lugares cercanos a sus residencias habituales, vienen de visita con alguna excusa especial o llaman por teléfono para saludar. En la necesidad de controlar el estrés que precipita las recaídas, ante la negación de lo obvio por parte del paciente, el terapeuta debe interpretar estas comunicaciones, como la necesidad, por parte del enfermo, de tender una red o un puente no explícito de pedido de ayuda. Consideramos que esta modalidad de detección es netamente preventiva, por lo que surge de la experiencia que permite controlar factores precipitantes de descompensación que alterarían el proceso vital con todas sus consecuencias.

Creo oportuno expresar desde nuestro servicio hacia la comunidad, que los desórdenes mentales, las largas internaciones, las recurrencias, etc., no son sólo producto de las alteraciones de los pa-

cientes o de las técnicas terapéuticas utilizadas, sino que estos enfermos, como el resto de la sociedad, se enfrentan a similares dificultades vivenciales, ya sean laborales, políticas, culturales, familiares, religiosas, etc. pero con el bagaje de su disfuncionalidad, que es primordial para abarcar cualquier aspecto de la vida.

Aun el más discapacitado físico tiene la oportunidad de comunicar a los demás sus dificultades y por lo general son escuchados, es decir, admitidos socialmente y de algún modo no tienen la necesidad de ocultar su padecimiento. El enfermo mental paga de por vida el prejuicio de serlo, en toda sociedad y todo país, incluso dentro de su propia familia.

Alcances y limitaciones en un Servicio de Hospital de Día

¿Se puede considerar el modelo de Hospital de Día como un axioma y no intentar una comprobación sobre sus alcances y limitaciones?

En la bibliografía actual se describen su estructura y su funcionamiento, pero es casi inexistente la evaluación de sus resultados.

El siguiente trabajo basado en la experiencia realizada en el servicio de Hospital de Día, que funciona dentro del Hospital Braulio Moyano, intenta abrir interrogantes, enunciar preguntas e inquirir respuestas sobre este modelo.

Introducción

El modelo de Hospital de Día tiene su origen en 1933 en la ex Unión Soviética, en el primer Hospital Psiquiátrico de Moscú, apareciendo como respuesta a una desbordante demanda en contraste con la escasez de recursos económicos, físicos y humanos.

Recién en 1946 surge el nombre de Hospital de Día como tal a partir de Cameron, en el Instituto de Psiquiatría de Allam Memorial de Montreal, y de Bierer en 1948 en Londres, quien inaugura unidades experimentales de tiempo parcial; ambos proyectos son motivados por las consecuencias de la guerra.

En América Latina las primeras experiencias registradas son las de Porto Alegre, en 1962 y las de La Habana, en 1965. En 1972 nace el Hospital de Día del Hospital Braulio Moyano, en un co-

mienzo tímidamente, para ir afianzándose en el tiempo y aumentando su capacidad y sus propuestas.

En la actualidad, Hospital de Día es un servicio que brinda un modelo de tratamiento ambulatorio con múltiples abordajes y recursos terapéuticos.

Está destinado a pacientes de ambos sexos y edades comprendidas entre los 18 y 65 años con patología mental grave que requieren tratamiento intensivo diario.

Su modalidad terapéutica aplicable, tanto en los períodos de crisis y descompensaciones como en el tiempo de la reestructuración psíquica, intenta:

- Mejorar la situación psíquica.
- Aumentar el grado de autonomía.
- Disminuir la discapacidad social.
- Romper el círculo de reinternaciones y cronicidad.

Nuestro trabajo de muchos años nos permitió conocer el valor que este modelo tiene para pacientes en crisis o para aquéllos que requieren rehabilitación después de una internación; también sorprendernos con resultados muy alentadores en algunos cuadros graves, mientras en otros quizás menos dramáticos rozábamos lo insatisfactorio. Así se fue construyendo la cultura del Servicio, donde por experiencia clínica podíamos pronosticar la evolución de cada paciente.

Todos estos conocimientos adquiridos debían ser mensurados, pero al intentarlo nos encontramos con las siguientes dificultades:

- La heterogeneidad de abordajes que coexisten dentro de Hospital de Día.
- Las diferentes patologías, con disímiles pronósticos, que dificultan la recolección de parámetros globales.
- Los criterios de evaluación existentes que no alcanzan a captar ni a medir toda una realidad clínica, ni se adaptan al tipo de prestación por nosotros ofrecida.

Para minimizar estos inconvenientes utilizamos como herramientas aquellos parámetros y escalas que pudieran ajustarse a la complejidad de nuestro modelo.

Población

Fueron incorporados 172 pacientes tratados en Hospital de Día y seguidos luego de su alta por espacio de uno a seis años, a excepción de aquéllos que abandonaron el tratamiento o fueron derivados a otros centros o servicios.

Metodología

Para la confección de este trabajo se utilizaron:

•Encuestas.

•Escalas evolutivas: Escala de Calidad de Vida y Escala de Impresión Clínica Global (C.G.I.).

Mediante estos instrumentos se obtuvieron los siguientes tipos de datos:

•Datos demográficos:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Domicilio
- Escolaridad
- Ocupación
- Familia
- Necesidades Básicas
- Origen de las derivaciones

•Datos que permiten inferir la eficacia del modelo

- Autonomía
- Permanencia
- Egresos
- Reingresos

– Resultados de tratamiento

Las Escalas de Calidad de Vida y de Impresión Clínica Global fueron aplicadas con sentido evolutivo, al inicio y al término del proceso terapéutico quedando los resultados de tratamiento agrupados en:

Resultado insatisfactorio:

- Persistencia del cuadro clínico original o acentuación de los síntomas.
- Disfunción familiar.
- Aislamiento social.
- Incapacidad de retomar tareas habituales.
- No variación o aumento del score en la C.G.I. (severidad de la enfermedad)
- No variación o disminución del score en la Escala de Calidad de Vida.

Resultado satisfactorio:

- Atenuación de los síntomas.
- Establecimiento de una relación armónica, con persistencia de interacciones familiares conflictivas.
- Red social pobre.
- Retorno a la actividad habitual con limitaciones en el rendimiento y la adaptación.
- Disminución entre uno y tres puntos del score en la C.G.I. (severidad de la enfermedad).
- Aumento entre uno y tres puntos del score en la Escala de Calidad de Vida.

Resultado muy satisfactorio:

- Atenuación marcada o desaparición de los síntomas.
- Establecimiento de una relación familiar adecuada.
- Inclusión en la red social.
- Retorno a la actividad habitual.
- Disminución en más de tres puntos del score en la C.G.I. (severidad de la enfermedad)

- Aumento de más de tres puntos en la Escala de Calidad de Vida.

Desarrollo

Una vez elegidas las herramientas y realizada la recolección de datos, la siguiente tarea fue determinar los porcentajes correspondientes a cada patología. Para ello se las agrupó por capítulos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E 10), salvo el correspondiente a Esquizofrenias que se subdividió en Trastornos de Ideas Delirantes y Trastornos Esquizotípicos, por sus evoluciones disímiles, resultando:

- Esquizofrenias (F.20)
- Trastornos de Ideas Delirantes Persistentes (F.22)
- Trastornos Esquizotípicos (F.21)
- Trastornos del humor (F.30)
- Adicciones (F.10)
- Trastornos de personalidad (F.60)
- Neurosis (F.40)
- Epilepsias (G.40)
- Trastorno mental orgánico (F.00)
- Retraso mental (F.70)

Porcentaje de pacientes por patología

	Población (%)	
Esquizofrenia	84	48.84
T. del Humor	14	8.14
T. de Ideas Delirantes	4	2.33
Adicciones	4	2.33
Neurosis	6	3.49
Epilepsia	2	1.16
T. de la Personalidad	34	19.77
T. Mental Orgánico	6	3.49
Retraso Mental	4	2.33
T. Esquizotípico	14	8.14
Totales	172	100.00

Los porcentajes de patologías surgidos de este estudio no concuerdan con los de la población general debido a que predominan las derivaciones intrahospitalarias de los servicios de internación.

	Domicilio	
	Próximo	Alejado
Esquizofrenia	83.33	16.67
T. de Personalidad	64.71	35.29
T del Humor	100	0.00
T. Esquizotípico	100	0.00
Neurosis	66.67	33.33
Total	80.23	19.77

Cifras en porcentajes

Consideramos como significativas para este estudio las primeras cuatro patologías, por ser las de mayor incidencia, a las que agregamos una quinta, las Neurosis, por el grado de prevalencia que éstas tienen en la población general.

Datos demográficos

Edad

	Grupos etáreos				
	18-25	26-35	36-45	46-60	+de 60
Esquizofrenia	21.43	33.33	21.43	14.29	9.52
T. de Personalidad	5.88	47.06	17.65	29.41	0.00
T. del Humor	0.00	14.29	28.57	57.14	0.00
T. Esquizotípico	42.86	28.57	14.29	14.29	0.00
Neurosis	33.33	0.00	33.33	33.33	0.00

Cifras en porcentajes

En las Esquizofrenias el 80% de las consultas se efectúan antes de los 45 años con mayor incidencia entre los 26 y los 35, a diferencia de los Trastornos Esquizotípicos que ingresan más precozmente.

Sexo

El parámetro correspondiente a sexo no será evaluado ya que no es representativo de la población general.

Estado civil

En general en toda la patología predomina la soltería, con mayor incidencia en las Esquizofrenias (71.43%). En las Neurosis se observa una distribución más homogénea entre casados, solteros y separados con 33.33% cada uno.

	Estado civil			
	Casado	Soltero	Viudo	Separado
Esquizofrenia	14.29	71.43	2.38	11.90
T. de Personalidad	23.53	41.18	0.00	35.29
T. del Humor	14.29	57.14	28.57	0.00
T. Esquizotípico	14.29	57.14	0.00	28.57
Neurosis	33.33	33.33	0.00	33.33

Cifras en porcentajes

Los Trastornos del Humor poseen el mayor porcentaje de viudez (28.57%).

Domicilio

El 80.23% de la población tratada proviene principalmente de Capital Federal o localidades próximas del Conurbano.

Escolaridad

	Escolaridad		
	Primaria	Secundaria	Terciaria
Esquizofrenia	33.33	52.38	11.90
T. de Personalidad	35.29	47.06	17.65
T. del Humor	42.86	57.14	0.00
T. Esquizotípico	14.29	71.43	14.29
Neurosis	33.33	66.67	0.00
Total			

Cifras en porcentajes

En escolaridad no hay diferencias significativas entre las cinco patologías estudiadas. Puede señalarse el mayor índice de estudios terciarios en los Trastornos de Personalidad (17.65%).

Ocupación

Las Esquizofrenias presentan el menor índice de ocupación previa al episodio que motivó el ingreso a Hospital de Día con 47.62%, en contraste con los Trastornos Esquizotípicos, que junto con los Trastornos del Humor, poseen 71.43% de ocupación previa.

	Ocupación
Esquizofrenia	47.62
T de Personalidad	70.59
T. del Humor	71.43
T. Esquizotípico	71.43
Neurosis	66.67
Total	60.17

Cifras en porcentajes

Familia

El 53.24% de la población total de pacientes tiene continencia fa-

	Familia	
	Continente	No continente
Esquizofrenia	54.76	45.24
T. de Personalidad	35.29	64.71
T. del Humor	85.71	14.29
T. Esquizotípico	57.14	42.86
Neurosis	33.33	66.67
Total	53.24	46.76

Cifras en porcentajes

miliar.

En las Esquizofrenias predominan las familias continentes con 54.76%, parámetro similar a los Trastornos Esquizotípicos con 57.14%.

El mayor índice de continencia familiar corresponde a los Trastornos del Humor con 85.71%, mientras en los Trastornos de Personalidad sólo posee continencia el 35.29%.

Necesidades Básicas

El 84.88% de los pacientes tiene cubiertas sus necesidades básicas. El 23.81% de las Esquizofrenias se encuentra por debajo de la línea de pobreza.

	Necesidades Básicas	
	Satisfechas	Insatisfechas
Esquizofrenia	76.19	23.81
T. de Personalidad	88.24	11.76
T. del Humor	100.00	0.00
T. Esquizotípico	100.00	0.00
Neurosis	100.00	0.00
Total	84.88	15.12

Cifras en porcentajes

Origen de las derivaciones

	Derivación	
	Intrahospitalaria	Extrahospitalaria
Esquizofrenia	73.81	26.19
T. Personalidad	64.71	35.29
T. del Humor	71.43	28.57
T. Esquizotípico	57.14	42.86
Neurosis	33.33	66.67
Total	69.77	30.23

Cifras en porcentajes

El 73.81% de las Esquizofrenias y el 57.14% de los Trastornos Esquizotípicos provienen de derivaciones intrahospitalarias en contraste con las Neurosis donde el 66.67% son derivaciones extrahospitalarias.

Obra social: el 56.98% de la población total posee obra social.

Datos que permiten inferir la eficacia del modelo

Autonomía:

	Autonomía		
	Total	Parcial	Nula
Esquizofrenia	59.52	35.71	4.76
T. de Personalidad	82.35	17.65	0.00
T. del Humor	71.43	28.57	0.00
T. Esquizotípico	71.43	28.57	0.00
Neurosis	100.00	0.00	0.00
Total	68.60	27.91	3.49

Cifras en porcentajes

El 59.52% de la población con Esquizofrenia posee autonomía total, el 35.71% parcial y sólo 4.76% deben ser asistidos. El mayor porcentaje de autonomía total lo tienen las Neurosis, (100%).

Permanencia: el tiempo de permanencia promedio es de 12 meses con un máximo en las Esquizofrenias de 402 días y un mínimo en los Trastornos de Personalidad de 9 meses.

La Epilepsia, con 6 meses, es la patología de menor permanencia pero el escaso número de casos (4) la hace poco representativa.

Egresos

	Egreso			
	Alta	Abandono	Internación	Otros
Esquizofrenia	71.43	14.29	7.14	7.14
T. de Personalidad	35.29	41.18	17.65	5.88
T. del Humor	85.71	0.00	14.29	0.00
T. Esquizotípico	57.14	28.57	0.00	2.00
Neurosis	100.00	0.00	0.00	0.00
Total	63.95	20.93	9.30	5.81

Cifras en porcentajes

En las cinco patologías estudiadas el mayor porcentaje de altas corresponde a Trastornos del humor (85.71%), todos los pacientes de este grupo terminaron el tratamiento, siendo internado sólo el 14.29%.

En las Esquizofrenias el 71.43% obtuvo el alta, el 14.29% abandonó el tratamiento y el 7.14% fue internado.

Los índices menos satisfactorios son los observados en los Trastornos de Personalidad con 35.29% de altas, 41.18% de abandonos y 17.65% de internaciones.

Reingresos

	Reingresos			
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
Esquizofrenia	40.48	4.76	0.00	0.00
T. de Personalid.	11.76	5.88	5.88	0.00
T. del Humor	57.14	14.28	14.28	14.28
T. Esquizotípico	0.00	0.00	0.00	0.00
Neurosis	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	30.23	4.65	2.33	1.16

Cifras en porcentajes

En la población total el 30.23% de los pacientes tienen un primer reingreso, descendiendo significativamente a 4.65% en el segundo reingreso y progresivamente en los restantes.

El mayor índice lo poseen los Trastornos del Humor 57.14%, disminuyendo a 14.28% en el segundo reingreso, cifra que se mantiene para el tercero y el cuarto, lo que expresa los ciclos de los episodios afectivos.

Los Trastornos Esquizotípicos y las Neurosis no tienen reingresos, mientras que las Esquizofrenias alcanzan el 40.48% de primeros reingresos, disminuyendo a 4.76% en los segundos, sin terceros.

Resultados del tratamiento:

	Resultado de tratamiento		
	Insatisfactorio	Satisfactorio	Muy satisfactorio
Esquizofrenia	28.57	42.86	28.57
T. de Personalid.	64.71	11.76	23.53
T. del Humor	28.57	28.57	42.86
T. Esquizotípico	28.57	57.14	14.29
Neurosis	0.00	66.67	33.33
Total	34.88	34.89	30.23

Cifras en porcentajes

Para todas las patologías los resultados alcanzados fueron:

Insatisfactorios: 34.88%.

Satisfactorios y Muy Satisfactorios: 65.12%.

Conclusiones

- Las patologías de mayor prevalencia en Hospital de Día son:
 - *Esquizofrenias* (48.84%)
 - *Trastornos de Personalidad* (19.77%)
 - *Trastornos del Humor* (8.14%)
 - *Trastornos Esquizotípicos* (8.14%)
 - *Otras* (15.11%)
- La población asistida proviene principalmente de Capital Federal o localidades próximas del Conurbano.
 - La mayoría de las admisiones son derivaciones intrahospitalarias, predominando las de los servicios de internación de agudos.
 - La mayoría de las familias se encuentran por encima de la línea de pobreza.
 - Los *Trastornos Esquizotípicos* ingresan más precozmente que las *Esquizofrenias*, mientras que los *Trastornos del Humor* consultan a edades más avanzadas.
 - La soltería predomina en casi todas las patologías psiquiátricas, con mayor incidencia en las *Esquizofrenias*, siendo los *Trastornos del Humor* la patología con mayor porcentaje de viudez.

- La mitad de la población no posee continencia familiar, siendo en los *Trastornos de Personalidad* donde este déficit resulta más relevante.

- Alcanzan autonomía total el 59.52% de las *Esquizofrenias*, el 71.43% de los *Trastornos del Humor* y de los *Trastornos Esquizotípicos* y el 82.35% de los *Trastornos de Personalidad*.

- El 56.98% de la población estudiada posee obra social.

- El tiempo promedio de permanencia es de 1 año.

- Las *Esquizofrenias* presentan 71.43% de altas, con 40.48% de primeros reingresos, que disminuyen sustancialmente a 4.76% en los segundos reingresos, sin tener terceros o cuartos. Más del 70 % de los casos evoluciona satisfactoriamente y sólo el 7.14% requiere internación.

- Los *Trastornos de Personalidad* poseen un 35.29% de altas con el mayor índice de abandonos (41.18%) e internaciones (17.65%). Como resultado del tratamiento predomina la respuesta insatisfactoria con 64.71% y 23.52% de reingresos.

- Los *Trastornos del Humor* presentan 85.21% de altas, sin ningún abandono, con 14.29% de internaciones y 57.14% de primeros reingresos, disminuyendo a un tercio en los segundos reingresos (14.28%), manteniendo estos guarismos para los terceros y cuartos reingresos.

En estos trastornos se obtuvo el mayor porcentaje de evolución muy satisfactoria (42.86%).

- Los *Trastornos Esquizotípicos* muestran particularidades falaces ya que el porcentaje de altas de 57.14 % es inferior al de las *Esquizofrenias* pero con predominio de abandonos (28.57%) y derivaciones, sin ningún caso de internación ni de reingresos. Los resultados finales son similares al de las *Esquizofrenias*, sin recaídas, pero con evolución tórpida.

- Las *Neurosis* son dadas de alta en su totalidad, con evolución en su mayoría satisfactoria (66.67%) o muy satisfactoria (33.33%), sin resultados insatisfactorios ni reingresos.

Concluimos en que la multiplicidad de datos obtenidos demuestra la complejidad de evaluar resultados referentes al impacto de la acción terapéutica del Hospital de Día sobre la población en estudio y confirma la presunción obtenida por la experiencia clínica de guarismos de marcada efectividad sobre la Esquizofrenia y los Trastornos del Humor, con discutible resultado en los Trastornos de Personalidad, manteniendo el Trastorno Esquizotípico una posición intermedia entre la Esquizofrenia y los Trastornos de Personalidad. Las Neurosis que aparentan tener resultados óptimos tienen valores poco significativos estadísticamente debido a la escasa casuística obtenida en esta patología.

La confección de este trabajo obligó a nuestro equipo al análisis y a la autocritica de muchos años de tarea, lo que nos llevó a epilogar el mismo con la siguiente sentencia:

“El atractivo del conocimiento sería muy pequeño si en el camino que conduce a él no hubiera que superar tanto pudor”.

Friedrich Nietzsche

Bibliografía

M. Jones: “Comunidad Psicológica y Psicopatología”.

N. Marchant: “Experiencias comunitarias en el Hospital Braulio Moyano”.

W. Apollon, D. Bergeron, L. Canti: “Tratar la psicosis”.

M. Knobel: “Psicoterapia Breve”.

J. Safran, Z. Segal: “El proceso interpersonal en la terapia cognitiva”.

E. Torras de Bea: “Entrevista y diagnóstico”

E. Bianchi: “El Servicio Social como proceso de ayuda”

J. Moreno: “Psicomúsica y sociodrama”.

J. C. Rojas Bermudez: “Qué es el psicodrama”.

O.M.S.: “The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders”.

Escala de Impresión Diagnóstica Global (CGI).

Escala de Calidad de Vida.

Casas de Medio Camino

La psicosis crónica dificulta la reinserción socio-familiar del paciente hospitalizado. Durante ese proceso se va produciendo una desadaptación más o menos lenta que desgasta los vínculos con el entorno. Esto incluye también el campo económico-laboral (pérdida del empleo, disminución o pérdida de los ingresos etc.).

Nos preguntamos aquí, ¿qué ocurre cuando el paciente ha cumplido favorablemente su tratamiento y no tiene un ambiente extra-hospitalario adecuado para recibirlo?. Muchas son las respuestas que la sociedad ha ensayado para enfrentar en las últimas décadas este problema que acentúa el hospitalismo y la superpoblación de las instituciones psiquiátricas.

Es así como aparecen en EE.UU. y en algunos países europeos las Casas de Medio Camino que operan como residencias que posibilitan un tránsito supervisado entre el Hospital y la Comunidad.

En nuestro país, los primeros antecedentes registrados son la experiencia realizada por la Dra. María Catalina Gimeno, pionera en esta alternativa de externación. Posteriormente en 1986, el Poder Judicial, con la colaboración de la Fundación Navarro Viola genera un proyecto para la creación de una Casa de Medio Camino. Ambas se hallan en la ciudad de Buenos Aires y albergan mujeres en condiciones de alta y con limitaciones socio-económicas y/o familiares.

Esta última Casa (dependiente del Poder Judicial) en su reglamento interno determina que: “La casa se destina para la vivienda de pacientes interdictas o comprendidas en la Ley N° 22.914. Los requisitos para el ingreso son:

- 1) Que estén en condiciones de cuidarse y administrarse la medicación.
- 2) Que posean aptitudes para integrarse al grupo pre-formado.
- 3) Que cuenten efectiva posibilidad de reinserción social para dejar su lugar dentro de los plazos fijados.
- 4) Que cuenten con ingresos o que puedan desarrollar algún tipo de actividad laboral que le garantice el auto-abastecimiento...”

También establece que el plazo de alojamiento va de seis meses al año y medio. Las alojadas deberán considerarla como su propia casa, observando cuidado de todos sus enseres y mobiliario y deberán proceder a su higiene.

También deberán asistir a todas las reuniones grupales en donde se tratarán los temas de la convivencia. La autoridad la ejercen los integrantes del equipo técnico que conforman un consejo cuya función es la Supervisión y control de todas las actividades de la Casa.

El reglamento antes mencionado regula los horarios nocturnos de llegada, la participación obligatoria de actividades grupales, horarios y lugares de recepción de las visitas, así como también la obligación de abonar una cuota mínima para los gastos de la casa, (luz, gas, elementos de limpieza, etc.)

Luego de más de una década de este emprendimiento y próximos a transitar un nuevo milenio se impone un análisis del actual contexto en que se despliega la problemática que impulsó la creación oportuna de Casas de Medio Camino en nuestro medio.

El proceso de transformación global es acelerado e impregna la estructura económica, socio familiar y cultural.

En nuestro país la desocupación, la sub-ocupación, la precariedad y transitoriedad de los empleos van en aumento. Los recortes del gasto público también afectaron a la Seguridad Social y a los programas de protección social. Los importes de las pensiones asistenciales no alcanzan a cubrir las necesidades mínimas de los beneficiarios y los requisitos para acceder a las mismas han aumentado condicionados por los vaivenes políticos. Las prestaciones de las Obras Sociales también fueron objeto de recortes.

Los cambios también atraviesan la estructura familiar y social, especialmente en las zonas urbanas: desaparición de la familia extensa, exclusión de los ancianos, ausencia de adultos durante gran parte del día de los hogares a consecuencia de las exigencias laborales y económicas. La solidaridad está acorralada por las exigencias de la vida moderna.

La psiquiatría en sus avances (utilización de psicofármacos de última generación, psicoterapias individuales y grupales, socioterapias, etc.) contribuye a una compensación más rápida de los pacientes internados, colocando a muchos de ellos en “condiciones de alta” disponibles para enfrentar un tejido social adverso, expulsor que no ofrece respuestas adecuadas.

Las residencias de transición mantienen vigentes sus objetivos de reinserción social en un hábitat extrahospitalario que posibilita a los pacientes una mayor autonomía y una interacción más activa con la comunidad.

Para el logro de resultados más efectivos la sociedad debe generar cambios que contemplen de modo realista el acceso al trabajo y a la vivienda, factores que entre otros condicionan, demoran y limitan una adecuada reinserción social de las personas que padecen enfermedades mentales.

La intervención del estado a fin de *allanar el resto del camino* es una obligación para que los objetivos últimos de las Casas de Medio Camino no se conviertan en utopías.

La actividad grupal en el Servicio de Admisión del Hospital Moyano²

Introducción

El tema que presentamos se desarrolla en el Servicio de Admisión del Hospital Braulio Moyano. Somos responsables del mismo dos profesionales con modelos teóricos propios, que comenzamos a trabajar en el mes de agosto de 1994 con una inquietud común: implementar una actividad grupal para las pacientes de este Servicio.

El Servicio de Admisión es un lugar “de paso”, su característica sobresaliente es dar un espacio y tiempo para la contención de las pacientes y su evaluación diagnóstica.

Esta particularidad, marca todo un sistema de trabajo profesional. Las pacientes deben ser atendidas de acuerdo al momento de crisis por el cual están pasando.

Nos encontramos con un amplio espectro de patología que abarca a todos los grandes síndromes. Se necesitan instancias de asistencia terapéutica, acorde a la situación aguda. El grupo de resocialización intenta satisfacer necesidades y demandas, a través de la

2 Este trabajo fue presentado en el III Congreso Internacional de Psiquiatría. Organizado por la Asociación Argentina de Psiquiatras. Buenos Aires, 23, 24, 25, y 26 de octubre de 1996. y en las Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental, frente al siglo XXI. Organizadas por el Departamento de Rehabilitación Hospital José T. Borda. Buenos Aires, 25 y 26 de agosto de 1997.

Además fue publicado en la Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica.

“Dinámica” de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Año 3, vol. 2, N°2, octubre de 1997.

terapia grupal, con una actividad que permite el desarrollo de la dinámica de grupo y posibilita la inclusión de las pacientes.

Las pacientes están aquí un tiempo breve y en condiciones particulares. Además de los motivos por los cuales ingresaron al Hospital, se suman los efectos propios de la internación, el encierro y la separación de su familia. Sus características sociales y culturales son tan diversas que podemos incluir desde mujeres profesionales hasta analfabetas, desde miembros de la burguesía porteña hasta campesinas, pasando por estudiantes, amas de casa y prostitutas. Todas tienen participación acorde a su formación personal y condicionadas por el proceso patológico que las afecta. Estas características determinan toda metodología de trabajo que se implemente. El inicio y la continuidad de la misma debe ajustarse a estas peculiaridades que impone la modalidad del Servicio.

El grupo de pacientes agudos y la terapia grupal

Los grupos de pacientes agudos son diferentes a los grupos tradicionales de largo plazo, por lo que requieren una modificación de la técnica, especialmente lo referido al marco temporal, al uso del aquí y ahora y la estructura general de los pacientes del grupo. Las características que lo definen son especiales y complejas, entre ellas podemos encontrar:

- los cambios en la composición grupal son frecuentes, casi diarios,
- las pacientes que son sometidas a una hospitalización breve, acuden a poca cantidad de sesiones,
- hay patología severa y gran heterogeneidad de la patología en las participantes,
- existe un ciclo ausencia-rotación de líderes grupales,
- hay situación de crisis aguda,
- puede llegar a ser el único lugar donde descargar el estrés de la hospitalización,
- favorece la socialización extra-grupo.

La terapia grupal la definimos como la aplicación de técnicas terapéuticas implementadas en un grupo de pacientes. Se utilizan las interacciones paciente–paciente y paciente–terapeuta, en un contexto previamente determinado y con el objetivo de provocar cambios en las conductas mal adaptativas de cada uno de los miembros del grupo. Es decir que contamos con el grupo, las técnicas de intervención y el entrenamiento profesional.

Nuestros objetivos de trabajo a través de la terapia grupal son:

a) Favorecer la inclusión grupal, para posibilitar la disminución del aislamiento.

b) Favorecer el descenso de la ansiedad que provoca la hospitalización.

El cumplimiento de las metas propuestas, se logra promoviendo la confianza entre pacientes y terapeutas para compartir experiencias y actitudes acerca del estigma de la hospitalización psiquiátrica, disminuir situaciones estresantes (conductas bizarras, conflictos con el equipo de profesionales, actitudes agresivas o crisis de excitación psicomotriz de algunas pacientes) y ser reafirmado por los otros miembros del grupo.

La manera más simple de concretar este objetivo es reconocer abiertamente los esfuerzos, las intenciones, las fortalezas, contribuciones positivas y los riesgos en cada una de las pacientes. Todo aspecto positivo o signo de socialización debe ser remarcado por el terapeuta, haciendo notar su importancia e impulsando a otros a repetir la acción.

Como terapeutas del grupo de resocialización debemos adoptar un marco de tiempo radicalmente acortado, dado el rápido recambio de los miembros del grupo. En este aspecto consideramos la vida del grupo como de una sola sesión. El “grupo de un solo día” demanda de una particular capacidad, por parte nuestra ya “que no hay tiempo que perder”, es decir, que hay una sola oportunidad, hay que activar al grupo, para aproximarse a los miembros, apoyarlos e interactuar con ellos. Es un espacio diferente de las otras

instancias de tratamiento que ofrece la estructura del hospital psiquiátrico.

Diferente también porque nuestra relación con las pacientes se establece con el aspecto sano, con el potencial remanente que todo paciente psiquiátrico tiene y debe ser particularmente estimulado para el aprendizaje de habilidades, pero más bien debemos pensar que la potencialidad del paciente consiste en aplicar estas habilidades, en una variedad de situaciones conocidas y nuevas posibilitando así una conducta adaptativa.

El encuadre de trabajo está formado por el espacio: comedor de Servicio y el horario: después de la siesta y antes de la merienda. Las pacientes asisten voluntariamente, luego de haber sido invitadas, en la recorrida de sala. Nuestra función y presencia es favorecer la integración, “la actividad de la tarde”, se convierte en un punto de referencia significativo para ellas, lentamente comienzan a recordar que deben “arreglarse” para participar.

Una de las primeras cuestiones que se presentaron es el tipo de actividades a instrumentar. Como algunas resultan más interesantes y productivas que otras, diseñamos un itinerario de tareas, con una variedad de instancias en donde el contenido de las mismas reflejan los intereses y voluntad de las personas que participan. El criterio utilizado para el análisis de la actividad es acorde a los problemas de la patología que interfieren con el comportamiento ocupacional.

Esta característica es especialmente importante en los trastornos psiquiátricos, en donde los potenciales remanentes tienden a ser ignorados. La cuestión es saber qué “puede hacer una persona” y qué “no puede hacer”. Llegamos a la conclusión de que la actividad terapéutica debe ser simple, con consignas de resolución también simples, con poco margen de error en su ejecución, con un desempeño a corto plazo, sin tiempo de espera y con escaso margen de tolerancia a la frustración. Debe permitir, por lo tanto, una rápida reparación en caso de error y fundamentalmente estimular las funciones cognitivas, para favorecer el desarrollo de la conciencia de identidad.

La actividad como principio exploratorio

Uno de los principios utilizado para la selección de la actividad es el de permitir la exploración, ya que la actividad es la que nos acerca al mundo de los objetos.

El funcionamiento humano es el proceso de ajuste entre el propósito de la acción motora voluntaria, y el contexto de los objetos materiales y las personas. Este mundo, para ciertas personas con discapacidad, necesita de un mayor ajuste, para que ellas puedan utilizar sus habilidades funcionales remanentes.

En el grupo de resocialización ofrecemos a las pacientes la posibilidad de explorar como una de las pocas situaciones que no tiene posibilidad de fracaso, ya que lo que se averigua no está en disputa, más bien el averiguar sirve como un fin en sí mismo.

El contexto de la actividad exploratoria tiene dos aspectos fundamentales: uno es la absolución de fracaso, el otro, es ser un vehículo para llegar. El contexto nos pide sólo que busquemos para encontrar sus consecuencias. Conductas que de otro modo parecerían sin sentido o sin propósito adoptan un particular significado en el enfoque exploratorio. Favorecemos la exploración de las pacientes con la intención de que experimenten su mundo material y simbólico, exponiéndolas a sus características, consecuencias, valores y toda una gama de información que de otro modo no estaría disponible o estaría oculta para ellas.

Sabemos que las personas experimentan estados placenteros, cuando encuentran información que favorece su adecuación en el ambiente. La selección se hace de acuerdo a su nivel óptimo de arousal y en el interés individual aportado por el nuevo estímulo. De esta interacción surgen conductas exploratorias que son únicas para cada individuo y que pueden ser modificadas por una mayor o menor interacción ambiental. Ya sea en un niño o en un adulto, la exploración representa el contexto de libertad máxima en la experiencia humana.

Posibilitamos la exploración para facilitar la interacción personal, para que las pacientes puedan comenzar a organizar su comportamiento en un proceso donde toman como referencia a otros actores sociales, para lograr de este modo la resocialización que constituye la meta de este tipo de actividad.

Conclusiones

- Es posible iniciar, desarrollar y continuar con una actividad grupal en un Servicio de características particulares como el de Admisión.
- Creemos que la continuidad de esta tarea y su progreso se debe al trabajo específico en el potencial remanente del paciente psiquiátrico.
- Es posible trabajar en coterapia con marcos teóricos diferentes, si cada uno de los terapeutas tiene definido cuál es su propio objetivo, considera la presencia del otro y respeta el trabajo de ambos.
- Esta es sólo una etapa, el grupo de resocialización continúa trabajando.

Agradecimiento: al Dr. Alberto Monchablon, Jefe del Servicio de Admisión.

Bibliografía

1. Allen, C. (1982). "Independence Through Activity: The Practice of Occupational Therapy. (Psychiatric). (Cognition, disability, motor action, ADL, plasticity)". *American Journal of Occupational Therapy*, 36,731-739.
2. Allen, C. (1985). "Occupational Therapy for Psychiatric Disesses: Measurement and Management of Cognitive Disabilities". Boston; Little, Brown and Co. USA.
3. Allen, C. (1987). "Eleanor Clark Slagle Lecture ship – Activity: Occupational Therapy's Treatment Method. *American Journal of Occupational 4*". *Therapy*, 41,563-575.
4. Freud, S. (1976). "Obras Completas". Amorrortu. Buenos Aires.
5. Gutiérrez-Aguijar, Jesús y otros. (1996). "La psicoterapia de grupo en los pacientes psiquiátricos hospitalizados". *Revista Psiquis México*. Vol. 5, N°4 pp.95-105.

6. Kielhofner, G. (1983). "Health Through Occupation. Theory and Practice in Occupational Therapy". Edt. F. A. Davis Company. USA.
7. Kielhofner, G. (1995). 2da Edición. "A Model of Human Occupation" Edt. Williams & Wilkins. USA.

Terapéutica comunitaria en el Hospital Braulio Moyano

Nuestro camino en la terapéutica comunitaria, tiene como antecedente al iniciador de dicha actividad en el Hospital Braulio Moyano, el Dr. Néstor Marchant, quien siendo un joven emprendedor médico, en 1970, comenzó a realizar asambleas comunitarias en el pabellón Tomasa Vélez Sarsfield.

Así es como llegamos, en 1992, al pabellón Esquirol. Pareció una afortunada coincidencia, que fuera este famoso médico quien expresara: “Una casa de alienados, es un instrumento de curación. En las manos de un médico hábil, es el agente terapéutico más poderoso contra las enfermedades mentales”. Así lo cita García Badaracco en su libro *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*.

Queriendo continuar con la iniciativa del Dr. Marchant, quien promovió, como Director, la implementación de las Asambleas Comunitarias en la mayoría de los pabellones, iniciamos dicha actividad, pero luego ampliamos nuestra tarea incorporando nuevos recursos terapéuticos provenientes de vertientes psicoanalíticas, sistémica, cognitiva, etc. además de la técnica de Maxwell Jones.

En los primeros tiempos la asistencia de pacientes y familiares a estas reuniones multifamiliares era relativamente escasa e irregular, pero paulatinamente fue creciendo y se convocaban espontáneamente tanto las pacientes del pabellón como algunas vecinas de otro pabellón, que se acercaban a veces tímidamente, atraídas por la reunión, otras veces denunciando dificultades cotidianas. En otras ocasiones las invitábamos personalmente frente a conflictos

dilemáticos con respecto a la convivencia, que se pueden abordar mejor en este contexto multiterapéutico.

En el marco de la conversación fuimos descubriendo una dimensión psicodinámica y pudimos recontextualizar los conflictos allí surgidos como fenómenos humanos universales.

Los conflictos dilemáticos arriba mencionados, propios de las interdependencias patológicas y patógenas, se fueron resolviendo. Los pacientes así podían establecer interdependencias normogénicas y paulatinamente se transformaban, ellas mismas inclusive, en nuevos agentes de salud (García Badaracco).

Terapéutica comunitaria en consultorios externos

Actualmente funcionan en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Braulio Moyano, tres grupos multifamiliares por semana, de dos horas de duración cada uno, en los que participan un elevado número de pacientes, llegando en ocasiones a alrededor de los cien integrantes.

Después de realizar un curso de psicoanálisis multifamiliar en el Centro de Investigación y Orientación Racker dictado por el Dr. Jorge García Badaracco, decidimos invitarlo para supervisar y coordinar la tarea de comunidad terapéutica que ya estábamos realizando en consultorios externos. Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a tan valiosa participación por sus enseñanzas y las horas compartidas transmitiéndonos su enriquecedora experiencia.

Según el Dr. García Badaracco: “la comunidad terapéutica se basa en la premisa de que un pabellón psiquiátrico o un hospital es un sistema social; tratando de que cada persona pueda aprender a vivir de la experiencia, intentando dar una comprensión psicoanalítica válida de la vida de los pacientes, de sus relaciones interpersonales entre ellos y con el equipo y de la instrumentación de todos estos elementos como recursos fundamentales para hacer posible el verdadero proceso terapéutico”.

Proceso terapéutico

En un delicado proceso terapéutico que mantiene a lo largo de la sesión y sucesivas sesiones un eje conductor, los mismos pacientes descubren en sí mismos el cambio psíquico que permite la toma de conciencia de su problemática vincular y personal.

Hablando más específicamente de proceso terapéutico compartido, debemos pensarlo como un campo virtual que imaginaremos al comienzo del tratamiento, en el cual se favorecerá el crecimiento emocional y el desarrollo de recursos propios genuinos. Entendemos a los mismos como capacidades que todos poseemos para enfrentar las dificultades y disfrutar situaciones placenteras aceptando que tendrán un fin.

Dicho proceso terapéutico, compartido con los otros pacientes y el equipo, tendrán diferentes momentos en su evolución que podrán ser claramente reconocidos.

Es de esperar que el mismo dé por resultado mayor autonomía de los pacientes, logrando una salida del vínculo diádico que había comenzado en la infancia y a menudo lo mantuvo atrapado hasta la actualidad.

En síntesis, queremos destacar que esta concepción respecto de la tarea profesional constituye un recurso eficaz para un servicio de consultorios que facilita el gerenciamiento del recurso humano profesional.

Este trabajo comunitario acentúa “la expansión del altruismo comunitario, precisamente como la condición necesaria de lo social. Entre este amarre de lo humano a lo humano es en último término el fundamento de toda ética como reflexión sobre la legitimidad de la presencia del otro” (Humberto Maturana).

Nos apropiamos de una frase pronunciada por el Dr. Néstor Marchant: “El esfuerzo para levantar el hospital lo haremos en función comunitaria, en la cual los principales actores serán los pacientes”.

Reconocimientos

Mientras este nuevo libro, que prosigue la difusión de las ideas iniciadas en nuestra obra de 1987 “Experiencias comunitarias en el Hospital Nacional Braulio A. Moyano”, iba cobrando vida, reflexionamos acerca del caudal experiencial y de conocimientos que ha sido necesario para su realización.

Nos surge el reconocimiento agradecido a los maestros que no olvidamos de evocar con admiración y respeto, profesores de la talla de Moyano, Jakob, Pereyra, Copelo, Acusse Ruiz, Armando, Outes, Saubidet, Melgar, Sisto, Ipar, Betta, Bonnet, Márquez, y de nuestra experiencia actual a Jorge García Badaracco, que han guiado, con su sabiduría y su ejemplo en el trabajo, permanentemente nuestra tarea asistencial.

Y en este repaso tal vez más minucioso que nunca por la emoción de las vivencias que conformaron este trabajo, queremos recordar el interés de los colegas que participaron en esta empresa; al esfuerzo del personal profesional, técnico, administrativo y obrero de todo el hospital, cuya cotidiana actividad –muchas veces desmerecida o insuficientemente valorada–, resulta esencial para materializar eficazmente las propuestas científicas en el ámbito asistencial. Es éste un agradecimiento que deseo enfatizar muy especialmente ya que si no fuera por todo el amor y dedicación que le brindan a los enfermos durante su internación, la recuperación de ellos no sería posible.

Entre el personal que evoco con cariño quiero dedicar un especial espacio a poner de relieve la entrega vital y constante del personal de enfermería: esas “gallegas de acero”, traídas al hospital

directamente de los barcos en que arribaban desde la Península, conjuntamente con sus pares criollos “de fierro” y que con una abnegación propia de los verdaderos héroes anónimos, consagraron y consagran sus luchas de décadas a interpretar los mensajes terapéuticos tanto en los momentos de dolor y necesidades, como en los de alegrías y ansiedades de las pacientes, para convertirse cotidianamente en las manos enérgicas, solícitas, familiares y cariñosas a través de las cuales cobran vida los métodos curativos y el amor por las enfermas.

También estuvo presente de continuo la misericordiosa sensibilidad de “los voluntarios”, siempre dispuestos a generar la recreación de las internadas, organizar su esparcimiento o allegar objetos para éstas, con una vigencia que podría simbolizarse en Haydée Sorrentino y en sus más de 30 años de dedicación en esta materia.

Es necesario que recordemos que tanto los hospitales públicos generales como los neuropsiquiátricos son el reaseguro para los que van quedando fuera del sistema de seguridad social e inclusive ante la falla de dicho sistema, constituyéndose en la única red de protección para todos los enfermos, y creemos profundamente que estamos haciendo y poniendo lo mejor de nosotros para defender los derechos humanos y sociales de los enfermos, de sus familiares y de los trabajadores de la salud mental.

No nos olvidamos, asimismo, del apoyo benéfico de la Asociación Cooperadora del Hospital Moyano y de las instituciones que ayudaron y continúan haciéndolo, para el logro de la eficiencia en las tareas de la salud mental sin cuyo sostén organizativo, económico o en ocasiones afectivo tampoco hubiéramos logrado nuestros objetivos en la atención a la comunidad. Recordamos entre ellas, al Jardín de Infantes “Pinocho” de Ciudad Jardín, Palomar, que con actividades como Bingos logró los fondos que permitieron inaugurar los Consultorios Externos de este Hospital. La cooperación brindada oportunamente por la Liga de Madres de Familia de la Parroquia de Nuestra Señora de Lourdes, los Centros Lituano y Lucense de Buenos Aires, el Coro del Colegio de “Emaus” de Pa-

lomar, la Asociación de Damas de Beneficencia Becerra Meneses, la Sra. Mirta Legrand de Tinayre, la Fundación Carlos Menem Jr., COAS (Comisión Cooperadora de Acción Social), la Algodonera Vicente López, la Fundación Bunge y Born, la Fundación Ecológica, Textil Jonte S.R.L. del Sr. Pedro Díaz e hijo, Sra. Silvia Casapa, la Legión de la Buena Voluntad y también distintos grupos religiosos y de jubilados que visitan asiduamente el Hospital y entregan su generoso aporte a nuestra Cooperadora.

Néstor F. Marchant

Breve reseña biográfica del

Dr. Néstor F. Marchant

Prof. Dr. Carlos Sisto

Néstor F. Marchant nació en La Plata, el 14 de abril de 1939. En la ciudad natal concluyó sus estudios primarios tras lo cual, instalado ya en Buenos Aires, cursó el bachillerato en el Nocturno 14 (C. Mitre).

Egresado de la Facultad de Medicina de la UBA en 1966, se especializó en Psiquiatría y Psicología, Medicina Laboral, Medicina Legal y en Administración Hospitalaria.

Su ingreso al Hospital Nacional “Braulio Aurelio Moyano” data de 1969. Es en este establecimiento que desarrollará una labor singular y destacada.

Discípulo de los doctores Acusse Ruiz, Armando Saubidet, Melgar, Betta, Bonnet, Márquez y otros relevantes maestros de la Psiquiatría en Argentina, comenzó a materializar su propósito de transformar un clásico Pabellón Psiquiátrico en una Comunidad Terapéutica, casi desde el momento mismo en que asumiera el cargo de Jefe Interino del “Magnan”, una de las áreas del Moyano, el 12 de mayo de 1975. De sus desvelos y experiencias da cuenta su libro “Experiencias comunitarias en el Hospital Nacional Braulio Moyano” de sumo interés dada la bibliografía escasa en lo referido a la “praxis” comunitaria.

En 1976 el gobierno militar lo excluyó de su puesto de Médico Forense de la Justicia Nacional, cargo al que había sido designado por concurso en 1974.

En 1982, al iniciarse el camino de retorno hacia la democracia, organizó la Asociación de Profesionales del Hospital Moyano, de la que fuera designado presidente por la elección poco menos que unánime de sus pares. Ocupó ese cargo hasta 1983.

En setiembre de ese último año el Director Nacional de Salud Mental –Dr. Humberto Mesones– lo designó Interventor del Moyano, haciéndose eco del consenso hospitalario que lo sindicaba, ya por entonces, como la persona apta para conducir los destinos del establecimiento. Su desempeño en el cargo y el amplio apoyo que le brindaban sus colaboradores de todo nivel, agrupados en la Asociación de Profesionales, así como en UPCN y ATE, lo llevaron a la Dirección Interina del Hospital.

Esa tarea le fue encomendada a fines de 1984 por el Director Nacional de Salud Mental.

Durante 1985, intentaron destituirlo de su cargo pero el personal del nosocomio demostró su adhesión al Dr. Marchant realizando paros de protesta por espacio de algo más de un mes, hasta su restitución integrando un triunvirato directivo. El hecho que se cita es profundamente revelador por lo inusitado, ya que en toda su historia el establecimiento presencié sólo dos paros relacionados con sus autoridades: uno, para solicitar la remoción de su Director y éste, el segundo, para reclamar la reposición de Marchant, dando testimonio fehaciente de los frutos que obtuviera su empeño en todos los ámbitos de la que da en llamar “la gran familia del Moyano”.

En 1986 obtuvo el cargo de Director en el primer concurso efectuado por la democracia en Salud Mental.

En 1990, por defender la salud psíquica y física de los pacientes del Hospital, se enfrentó a las autoridades de turno y fue separado de su cargo por seis meses. Pero la incapacidad de sus reemplazantes sumió en un caos administrativo al hospital, hasta llegar a hacer faltar el alimento necesario a los pacientes. El doctor Marchant fue llamado nuevamente para que solucionara la desorganización imperante y, desde entonces, olvidando ofensas personales y siempre atento al bienestar de sus queridos pacientes, logró reequilibrar la

institución y jerarquizarla de tal manera que hoy es considerado un hospital modelo dentro de la especialidad. El Hospital Moyano constituye un punto de referencia a nivel asistencial, administrativo y académico, ya que la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires lo eligió como Hospital Asociado en 1996.

Toda vez que el Dr. Marchant, ocupó el cargo máximo del Centro Hospitalario, se empeñó en conducir sus destinos con el mismo criterio comunitario que aplicara en el Pabellón a su cargo, convocando a todos los sectores involucrados en la marcha de aquél a reuniones semanales en las que procura sentar las grandes líneas de su política, facilitar la interpretación de sus expectativas y controlar la evolución de sus planes, con lo que va obteniendo una integración raras veces vista de los diversos sectores y niveles de la actividad hospitalaria.

En 1993 es electo como Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), cargo que conserva hasta la fecha, produciendo una renovación de tal magnitud en el espectro de las asociaciones psiquiátricas, que es considerada una revolución. Desdiciendo falsas ideologías divisionistas y siempre atento a mejorar la calidad de la formación de los profesionales de la salud mental, acogió en el seno de la AAP a todo profesional deseoso de aportar su esfuerzo por el bien comunitario, abarcando todas las escuelas teóricas. Seis Congresos Internacionales, siendo el del año 1999 Simposio Regional de la World Psychiatric Association (WPA), publicaciones de revistas y libros de la especialidad, cursos y simposios anuales y el reconocimiento internacional de la psiquiatría argentina, son algunos de los logros obtenidos por la gestión del doctor Marchant al frente de la AAP.

Es Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad Abierta Interamericana.

A pesar de las persecuciones sufridas tanto por los gobiernos de facto como por autoridades que priorizaban el cargo político al bienestar de los pacientes, el doctor Marchant supo conseguir la adhesión de sus pares, quienes una y otra vez lo han confirmado en

su puesto de lucha, la Dirección del hospital, porque han reconocido en él su bonhomía, su capacidad organizativa y su amor por los que padecen la insania mental. Actualmente, gran parte de su actividad se halla centrada en la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales, los de sus familiares y los de los trabajadores de la salud mental.

Editoriales

1³

Siempre hemos bregado, desde nuestra Institución, por la defensa y continuidad del hospital público. Nuestra prédica apunta a mejorar la calidad de la atención por medio de una mayor obtención de recursos por parte del Estado. Si a esto le agregamos que los pacientes que atiende nuestra especialidad son discapacitados mentales, esta situación se agrava. El hospital público cumple con el requisito de amortiguar la dureza de los planes económicos que apuntan a equilibrar macroeconomías y descuidan las necesidades sociales que estos mismos planes producen. Con la defensa del hospital público intentamos salvaguardar una fuente de recuperación de la salud de los más necesitados, un ámbito de estudio y formación de profesionales que van a tener después la idoneidad necesaria para atender a los pacientes discapacitados mentales y un sitio adecuado para la investigación científica.

El descuido del Estado a las necesidades del hospital público puede generar situaciones como la que ejemplifica el artículo del New York Times reproducido por Clarín el 7 de marzo de 1998, que refleja una cruda realidad en el país del Norte y que puede ser un indicador de nuestro propio futuro. Dice ese artículo: "Estados Unidos: la cárcel, nuevo destino para los enfermos psiquiátricos. Este país años atrás ha producido el cierre de muchos hospitales públicos y el endurecimiento de las leyes que regulan la admisión a esos institutos de los enfermos mentales de menores recursos. En

3 Editorial correspondiente a la revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis 8, Año 5, vol. 2, N° 4, marzo de 1998.

consecuencia, los pocos hospitales que quedaron fueron rápidamente saturados y el exceso de pacientes es colocado en las cárceles de los Estados Unidos. Un juez dice lo siguiente: es trágico, si usted está mentalmente enfermo y no tiene recursos, tiene que ser arrestado para poder recibir tratamiento. Una de cada diez personas que están detrás de las rejas sufren cada día por la esquizofrenia, la depresión, la manía. Las tres principales enfermedades mentales.

El propio Departamento de Justicia denuncia este hecho como inconstitucional, reconoce que las cárceles se convirtieron en los nuevos hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos y señalan una deliberada indiferencia general hacia los internos con necesidades de atención en su salud mental. Los enfermos mentales sin atención deambulan por las calles y pueden cometer delitos menores o graves y ser llevados a las cárceles.

Esta tendencia de la relación entre los delitos y los trastornos mentales es una tendencia que se incrementa a partir de la década de 1960 con la clausura masiva de los hospitales psiquiátricos públicos. Como los gobiernos se demoraban en abrir las prometidas redes de clínicas y lugares especiales para controlar a los pacientes, obtener un tratamiento se convirtió en algo cada día más dificultoso. Los seguros de salud restringieron su cobertura y los más perjudicados fueron los hogares humildes. Las clínicas con fines de lucro mantuvieron alejados a los psicóticos y las leyes hicieron más difícil atender a personas con alteraciones mentales. Miles quedaron desprotegidos. El propio director del Departamento de Salud Mental de Los Ángeles reconoce que la prisión no es buena para la gente sana y para alguien que está mentalmente enfermo es terrible".

No queremos este panorama para nuestro país. Por eso hemos tomado la iniciativa dirigiéndonos a las autoridades de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en los siguientes términos, referidos al citado artículo de Clarín, en los cuales afirmamos:

"Verdaderamente en los Estados Unidos se vulneran los derechos humanos de los enfermos psiquiátricos. Aquí, en la Argentina,

algunos psiquiatras que se creen progresistas auspician la desmanicomialización, como en la provincia de Río Negro, donde no se puede internar pacientes psiquiátricos y éstos tienen que deambular por todas las provincias, inclusive la Capital Federal (hospitales Borda y Moyano), situaciones que implican una violación a los derechos humanos de los enfermos psiquiátricos, que no tienen lugar donde internarse, violación de los deberes de los psiquiatras que no pueden internar cuando corresponde y violación de los derechos humanos de los familiares que tienen que recorrer el país tras sus familiares enfermos.

Lo más dramático de todo esto, en la República Argentina, es que mientras se discute el futuro de los enfermos mentales, todavía no se ha hecho nada para mejorar las estructuras edilicias de los hospitales y proveerlos de una mínima cantidad de trabajadores de la salud mental para que se pueda dar una atención adecuada y moderna a los mismos".

Hacemos un llamado a nuestros colegas para aunar esfuerzos en pos de proteger nuestras instituciones.

2⁴

Estimados colegas:

La AAP se complace en dar la bienvenida a este 5° Congreso Internacional de Psiquiatría a todos los profesionales que trabajan en el tratamiento y la rehabilitación de los enfermos mentales.

Creemos firmemente que no nos hemos equivocado al levantar la bandera en defensa del hospital público, en especial de los hospitales neuropsiquiátricos. En todos los países del mundo se están revirtiendo las experiencias de Basaglia, que consistían en cerrar los hospitales psiquiátricos y poner a los pacientes en la calle. Los funestos resultados son por todos conocidos. Basta el ejemplo de los Estados Unidos, con el incremento de los homeless y lo sucedido en Los Angeles donde los enfermos psiquiátricos terminaron en la cárcel (*Clarín*, 7/3/98) por cerrarse las instituciones psiquiátricas estatales. Este lamentable experimento ha puesto de manifiesto una violación de los derechos humanos de pacientes, familiares y médicos psiquiatras.

Los seguidores de Basaglia, intoxicados con sus teorías y creyéndose progresistas, no advirtieron que estaban trabajando para beneficio de las multinacionales del negocio de la salud, las cuales quieren imponer los días de internación que debe tener un enfermo mental usando solamente el criterio mercantilista.

Los hospitales deben modernizarse y seguir siendo los centros de referencia asistencial y científica; deben tratar de reinsertar lo más pronto posible a los pacientes en la sociedad usando como único criterio válido el concepto humanista de alta digna.

Agradecemos a todos los participantes, tanto extranjeros como de nuestro país, que nos acompañan en este Congreso; el aporte de los laboratorios de la industria de medicamentos; al esforzado gru-

4 Editorial correspondiente a la revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis 9, Año 5, vol. 3, Nº 1, julio de 1998.

po de colaboradores que diagramaron este evento y a todos los profesionales que asisten para intercambiar ideas en pro del bienestar de nuestros pacientes.

Gracias a todos.

3⁵

Actualmente nos enfrentamos a graves cambios en lo social: la violencia generalizada, las drogas, el SIDA, el incremento del suicidio, el abuso y maltrato de menores, la desocupación, las nuevas formas de pobreza y las absurdas guerras étnicas; hechos que nos hacen reflexionar acerca de nuestros enfoques terapéuticos.

Este diagnóstico hace imprescindible la modernización de nuestras instituciones psiquiátricas a fin de convertirlas en lugares más adecuados para la implementación de los tratamientos de última generación.

En esta tarea contamos con el apoyo masivo de aquellos trabajadores de la Salud Mental que desde los hospitales e instituciones privadas saben del esfuerzo invertido en la recuperación del enfermo psiquiátrico.

Esta puesta a punto ante los nuevos desafíos no se logra monopolizando la atención médica en forma mercantilista sino aplicando los más estrictos conceptos y enfoques humanísticos que nos han legado nuestros maestros.

La dedicación con la cual el psiquiatra encara la atención de sus pacientes, no debe restringirse a planes de salud mecanicistas que limiten el número de entrevistas o el tiempo de internación, que es el condicionamiento de ciertas prepagas a sus terapeutas. Estamos de acuerdo en lograr que los tratamientos sean breves pero *eficaces*. Que reinserten al paciente cuanto antes a la vida activa, utilizando como único criterio, el concepto humanista de *alta digna*. Sabemos que las tendencias mercantilistas son fuentes de actos de mala praxis cuyas víctimas son los pacientes y los profesionales.

5 Editorial correspondiente a la revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis 10, Año 6, vol. 3, Nº 2, mayo de 1999.

La mejor forma de ayuda a nuestros pacientes es defendiendo el hospital público, y en especial los neuropsiquiátricos. La desaparición de éstos, convertirá a los pacientes en desamparados, abandonados a su desgracia o en habitantes permanentes de las cárceles, que pasarían a ser inadecuados depósitos de enfermos psiquiátricos. Por lo tanto, reitero, como lo he hecho en numerosas oportunidades, el llamado a todas las asociaciones, federaciones y colegios médicos de la República Argentina para que participen con todo su entusiasmo en esta defensa, impidiendo el avasallamiento de los derechos humanos de los pacientes así como los de los profesionales del gremio de la salud.

Esta mejora de las instituciones y de la calidad de la atención la lograremos aunando nuestros esfuerzos en la lucha por la obtención de recursos estatales adecuados, junto a una seria instrumentación de políticas sanitarias humanísticas.

Hacemos propicia la oportunidad para invitar a todos los profesionales del país y a los de países hermanos donde llega nuestra publicación a enviarnos sus artículos para beneficio de un productivo intercambio científico entre las distintas disciplinas que conforman nuestra área de trabajo.

Invitamos también a su activa participación en el *Simposio Regional de la World Psychiatric Association* del 20 al 23 de octubre próximo, que convoca, como en los cinco Congresos anteriores, organizados por la AAP, a las figuras internacionales más representativas de nuestra ciencia. El alto nivel científico alcanzado en dichas oportunidades alienta al equipo encargado de su organización a trabajar con el mayor ahínco para renovar el enriquecedor encuentro.

4⁶

La Asociación Argentina de Psiquiatras agradece la presencia de todos ustedes, especialmente la del Ministro de Salud Pública Dr. Alberto Mazza, del Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires Dr. Héctor Lombardo, de los integrantes de la Comisión Directiva de la Asociación Mundial de Psiquiatría, el Dr. Juan José López Ibor, el Dr. Ahmed Okasha, el Dr. Juan Mezzich, la Dra. Marianne C. Kastrup, el Dr. Driss Moussaoui, el Dr. Roger Montenegro, el Dr. Mario Maj y el Dr. George Christodoulou. Quiero agradecer a los amigos de APSA y a FINTECO, con los cuales hemos colaborado para hacer este Congreso Internacional que probablemente sea uno de los más importantes del mundo.

Quiero agradecer a los diputados que están elaborando una Ley de Salud Mental, en la cual estamos participando. Creo que lo más importante es defender los derechos humanos de los enfermos mentales. Cada año nos reunimos y vemos los problemas asistenciales que tienen los enfermos en los distintos países. En Argentina, todavía, podemos defender estos derechos humanos. Nuestros pacientes pueden tener su internación y su tratamiento.

La medicina social de los países más avanzados del mundo no puede pagar los medicamentos de última generación y aquí, en Buenos Aires, los hospitales psiquiátricos como el Borda, el Moyano, el Tobar García, disponen de estos fármacos.

Les puedo asegurar a ustedes que comparando con el resto del mundo, la psiquiatría y la psicología en la República Argentina están en un primerísimo nivel.

Nosotros vamos a seguir trabajando, trataremos de que los hospitales mejoren, que los psiquiatras y los psicólogos estén bien pa-

6 Editorial correspondiente a la revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis 10, Año 7, vol. 3, Nº 4, abril de 2000.

gos. Seguiremos luchando en contra de las gerencadoras, y espero que los ministros y secretarios del próximo gobierno se den cuenta de que estos intermediarios se quedan con el dinero del presupuesto de la salud mental. Tenemos que abrir los ojos todos los que estamos en el campo PSI y luchar para cortar los intermediarios entre la Nación, los hospitales, las clínicas privadas y el paciente. Si no, le vamos a estar dando las ganancias a gente que no son ni psiquiatras ni psicólogos y que están manejando la salud mental desde Wall Street y, desde allí, dicen cuantos días de internación debe tener una persona, que medicación hay que darle o si hay que atenderla o no. Así que espero que los políticos argentinos consulten con nosotros, para que mancomunadamente defendamos los derechos humanos de los enfermos mentales.

A modo de despedida, como lo expresé en otra oportunidad, creo que en esta época postmoderna hay que ser breve en los discursos y grande en el accionar, los invito al intercambio fructífero de ideas, damos gracias a la participación de los renombrados profesionales extranjeros y nacionales, representantes de las más diversas corrientes interdisciplinarias que nos brindarán sus investigaciones, dándonos acabada cuenta del progreso constante de nuestra ciencia.

Muchas gracias a todos.

El doctor Néstor F. Marchant egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1966, se especializó en Psiquiatría y Psicología, Medicina Laboral, Medicina Legal y en Administración Hospitalaria.

En 1986 obtuvo el cargo de Director en el primer concurso efectuado por la democracia en Salud Mental. El Hospital Moyano constituye un punto de referencia a nivel asistencial, administrativo y académico, ya que la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires lo eligió como Hospital Asociado en 1996.

Es Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad Abierta Interamericana.

En 1993 es electo como Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), cargo que conserva hasta la fecha, produciendo una verdadera renovación en el espectro de las asociaciones psiquiátricas.

Tomamos del prefacio estas palabras del Dr. Marchant: «Quiero dedicar este libro a todos los que desde sus distintos puestos de trabajo ponen sus esfuerzos, sus conocimientos y su tiempo a la atención de los enfermos mentales. A todos aquellos que día a día luchan enfrentando, no sólo la patología sino también las limitaciones, la incomprensión y la indiferencia de quienes anteponen sus propios intereses, pretendiendo ignorar una realidad que nos muestra cada vez más la necesidad asistencial de nuestras pacientes que exige la transformación de los viejos manicomios empobrecidos por las limitadas políticas de salud, en instituciones adecuadas a las necesidades y requerimientos actuales.

En mi primer libro editado en 1987, se comunicaron las primeras experiencias comunitarias en el Hospital Moyano y hoy, comenzando el año 2000, a través de estas páginas se exponen las experiencias recogidas desde entonces hasta la fecha.

En este largo camino se aúnan todas las especialidades de la Salud Mental para dinamizar el abordaje terapéutico teniendo como norma esencial y básica, el respeto a los derechos humanos de los pacientes, quienes, a través de la comunidad terapéutica, como bien lo dice su definición “están implicados en la misma terapéutica” interactuando con todas las personas que lo rodean durante su permanencia en el Hospital».