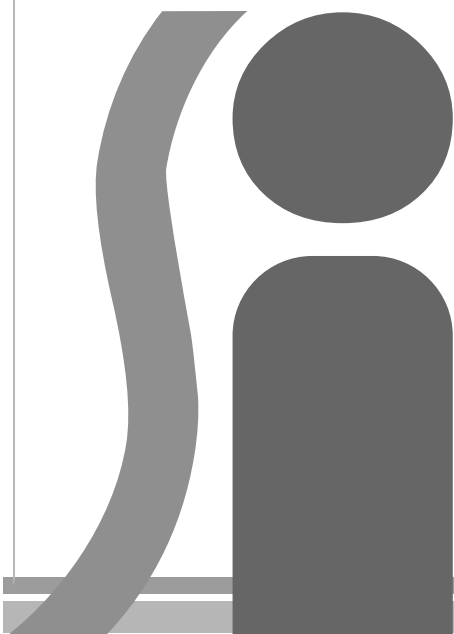


PREMIOS SALUD INVESTIGA

2013



 COMISIÓN NACIONAL
SALUD INVESTIGA



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



AUTORIDADES

PRESIDENTA DE LA NACIÓN

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

MINISTRO DE SALUD

Dr. Juan Luis Manzur

SECRETARÍA DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Dr. Jaime Lazovski

COORDINACIÓN COMISIÓN NACIONAL SALUD INVESTIGA

Lic. Carolina O'Donnell

PREMIOS SALUD INVESTIGA

2013



- *Coordinación editorial:* **Marcelo Barbieri**
- *Compilación:* **Natacha Traverso Vior**
- *Diseño de tapa:* **Glicela Díaz**
- *Diseño de interior:* **DG - Veronica Figueroa - Multigroup SRL**

Comisión Nacional Salud Investiga Ministerio de Salud de la Nación

Av. Rivadavia 877, Piso 3,
(C1002AAG) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

1ª edición, noviembre 2014

© Comisión Nacional Salud Investiga
Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723
Hecho en Argentina

Este documento puede ser reproducido en forma parcial a condición de citar la fuente.

Prólogo.....	9
Dr. Juan Luis Manzur Ministro de Salud de la Nación	
Presentación.....	11
Lic. Carolina O'Donnell Coordinadora Técnica de la Comisión Nacional Salud Investiga	
Ganancia de peso y pautas de selección de alimentos durante la gestación y su impacto en el recién nacido.....	13
Elvira Beatriz Calvo, Laura Beatriz López, Yanina del Valle Balmaceda, Ester Barrientos, Silvina Susana Berlingeres, Karen Vanesa Cámara, Silvia Garciarena, Carina González, Mabel Susana Poy, Lucía Inés Quintana	
Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos con internaciones reiteradas. Estudio exploratorio en el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn” (Melchor Romero, La Plata) Junio 2008- Junio 2009.....	59
Julieta De Battista	

PRÓLOGO

Los premios SALUD INVESTIGA fueron establecidos en 2012, con el objetivo de brindar un reconocimiento a los investigadores de las becas “Carrillo – Oñativia” por el impacto sanitario de sus proyectos de investigación en el nivel local, regional o nacional. A partir de su creación se busca potenciar el proceso de gestión del conocimiento por el cual se vincula la producción de conocimientos financiada con fondos públicos con la aplicación de sus resultados en el sistema de salud.

La publicación de este libro representa la continuidad de las acciones y esfuerzos de la Comisión Nacional Salud Investiga para difundir los resultados de las investigaciones, particularmente en esta ocasión las que fueron galardonadas con los Premios Salud Investiga correspondientes a la edición 2013.

Cabe destacar también que esta iniciativa ministerial adquiere aún más relevancia en el marco de la política científica y tecnológica nacional orientada a dar respuesta a los problemas de salud de la población y a contribuir al desarrollo de la Argentina.

Auguro que la edición de esta obra impulse a los investigadores de nuestro país a seguir realizando trabajos de excelencia tanto en el ámbito hospitalario como en el académico. La promoción de la investigación para la salud ética y de calidad ha de estar necesariamente orientada a conseguir cada vez mejores condiciones de salud de las poblaciones.

Vaya entonces mi felicitación a las investigadoras premiadas por los resultados de sus investigaciones, así como a la Comisión Nacional Salud Investiga por su dedicación para ponerlos a disposición de quienes debemos tomar decisiones sanitarias informadas en la evidencia.

Dr. Juan Luis Manzur
Ministro de Salud de la Nación

PRESENTACIÓN

En las siguientes páginas de este libro el público lector encontrará los trabajos de investigación que resultaron ganadores de los Premios SALUD INVESTIGA 2013 que otorga el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

La Comisión Nacional Salud Investiga se dedica a la promoción, desarrollo y difusión de la investigación en salud en Argentina. En función de estos objetivos, y en ocasión de cumplir el décimo aniversario de su creación, se instituyó este galardón destinado a distinguir a aquellos profesionales y grupos de profesionales dedicados a la investigación en salud que hayan ganado una beca “Ramón Carrillo – Arturo Oñativia” y cuyos resultados de sus investigaciones hayan constituido un aporte para la toma de decisiones clínicas o sanitarias en distintas áreas de la salud. Cabe resaltar también que se trata de un reconocimiento no solo para los investigadores sino también para las instituciones en las que desempeñan su profesión.

En la edición 2013 se recibieron 18 postulaciones, de las cuales 14 correspondieron a la categoría becas individuales y 4 a la de estudios multicéntricos. Las mismas fueron sometidas a un riguroso proceso de selección, en el que se consideraron criterios de relevancia del tema de investigación para programas o políticas sanitarias y contribución de los resultados para mejorar la salud de la población, entre otros. Finalmente, el prestigioso jurado, conformado por expertos de las áreas de salud y las ciencias sociales se expidió dando como ganadores a dos estudios, uno por cada categoría.

Según orden de aparición, el primero de los estudios aquí publicados se denomina *Ganancia de peso y pautas de selección de alimentos durante la gestación y su impacto en el recién nacido*. Se trata de un estudio multicéntrico de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación cuyo objetivo fue conocer la ganancia de peso de una cohorte de gestantes con el propósito de generar un instrumento que sirva como referencia a nivel nacional para la evaluación del estado nutricional de las embarazadas. Cuando se realizó este estudio, en 2005, Argentina no disponía de esta herramienta. Sin embargo, en 2010, a partir de la información recabada en la investigación, dicho organismo de salud pudo diseñar un instrumento y utilizarlo para el control prenatal de las gestantes.

La otra investigación premiada correspondió a un estudio individual titulado *Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psiquiátricos con internaciones reiteradas. Estudio exploratorio en el Hospital Interzonal*

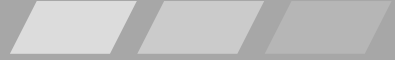
Especializado en Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn” (Melchor Romero, La Plata). El abordaje del estudio fue cualitativo, e incluyó la realización de entrevistas en profundidad semiestructuradas y observación documentada de historias clínicas. El trabajo de investigación tuvo un fuerte impacto dentro de la propia institución, ya que permitió la implementación de un dispositivo de seguimiento de pacientes en el servicio de Psicología, que ha permitido evitar reinternaciones y realizar un uso racional de las internaciones.

Por último, la Comisión expresa su particular agradecimiento a quienes participaron como jurado de estos premios, a la Dra. Rosa Bologna, Jefa del Servicio de Infectología del Hospital Juan P. Garrahan y ex presidenta de la Sociedad Argentina de Infectología; al Dr. Daniel Ferrante, coordinador del Área de Vigilancia de la Dirección Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud la Nación; y a la Lic. Liliana Findling, investigadora del Área Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Lic. Carolina O'Donnell

Coordinación Técnica

Comisión Nacional Salud Investiga



GANANCIA DE PESO Y PAUTAS DE SELECCIÓN DE ALIMENTOS DURANTE LA GESTACIÓN Y SU IMPACTO EN EL RECIÉN NACIDO

COORDINADORAS

Elvira Beatriz Calvo
Laura Beatriz López

BECARIAS

Yanina del Valle Balmaceda
Ester Barrientos
Silvina Susana Berlingeres
Karen Vanesa Cámara
Silvia Garciarena
Carina González
Mabel Susana Poy
Lucía Inés Quintana

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

*Beca "Carrillo – Oñativia" 2005,
Estudio Colaborativo Multicéntrico, Comisión Nacional Salud Investiga,
Ministerio de Salud de la Nación*

* Este trabajo recibió el Premio "Eliseo Cantón" 2011, otorgado por la Academia Nacional de Medicina.

ÍNDICE

Acerca de las autoras.....	17
Resumen y palabras clave.....	19
Introducción.....	21
Objetivos.....	24
Métodos.....	24
Resultados.....	30
Discusión.....	37
Referencias bibliográficas.....	44
Anexo 1. Tablas.....	49
Anexo 2. Gráficos.....	55

ACERCA DE LAS AUTORAS

Dra. Elvira Beatriz Calvo.

Médica, Universidad Nacional de La Plata. Doctora en Medicina (UBA). Master Sciences in Epidemiology (London School of Hygiene and Tropical Medicine). Alumni United Nations University, World Hunger Program.

Coordinadora del Área Nutrición de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, durante la realización de este estudio. Actualmente en Comisión de Servicio en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara".

Profesora Adjunta de "Evaluación nutricional" en la Licenciatura de Nutrición de la Universidad de Belgrano.

Dra. Laura Beatriz López.

Licenciada en Nutrición, Universidad Nacional de Salta. Doctora de la UBA en el Área Nutrición.

Docente Autorizada y Profesora Titular Regular de la Cátedra de Nutrición Normal, Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina de la UBA. Investigadora Categorizada y actualmente Directora de la Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Autora de varias publicaciones científicas y de los libros: Fundamentos de Nutrición Normal y Alimentación saludable: guía práctica para su realización.

Lic. Yanina del Valle Balmaceda.

Licenciada en Nutrición, Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Obesidad. Universidad de León. Universidad de Santiago de Compostela. Universitat Rovira i Virgili. Fundación Universitaria Iberoamericana.

Directora Carrera Licenciatura en Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Católica de Cuyo. Directora- Codirectora- Becaria- Integrante de proyectos de investigación Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Lic. Ester Barrientos

Licenciada en Nutrición. Universidad Nacional de Salta. Cocinera Profesional (Chef), Escuela Salamanca. Profesional del programa Refuerzo del Ministerio de Salud de la Nación. Centros de Salud "Roberto Romero" y "Palmeritas" de la Ciudad de Salta.

Lic. Silvina Susana Berlingeres

Lic. en Nutrición. Referente del Área Nutrición del programa Familias y Nutrición del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Misiones. Integrante del equipo de capacitación del Colegio de Nutricionistas de Misiones. Colaboradora del Estudio Antropométrico de niños menores de 6 años (2003/ 2004).

Lic. Karen Vanesa Cámara.

Licenciada en Nutrición de la Universidad de Buenos Aires (UBA) e Instructora en Antropometría de ISAK. Preparadora Física e Instructora de Musculación. Docente Adscripta de la UBA. Dicta la materia Nutrición Deportiva en la Universidad Abierta Interamericana.

Lic. Silvia Garcarena.

Licenciada en Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba. Se desempeña en la División de Prestaciones Sociales de PAMI. Presidente del Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Misiones.

Lic. Carina González

Licenciada en Obstetricia, Universidad Nacional de La Plata. Cursos de postgrado en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) y de Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Se desempeña en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Zonal de Bariloche.

Lic. Mabel Susana Poy.

Licenciada en Nutrición de la UBA. Docente adscripta de la Cátedra de Nutrición Normal en la Escuela de Nutrición de la UBA e investigadora en distintos proyectos de investigación acreditados. Ex docente en la Cátedra de Dietoterapia General en la carrera de Licenciatura en Nutrición en la Universidad de Belgrano.

Lic. Lucía Inés Quintana.

Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Dirección Provincial Materno Infantil de la Provincia de Mendoza. Coordinadora de la Comisión Provincial de Lactancia Materna. Docente de las Facultades de Ciencias de la Nutrición y Kinesiología de la Universidad Maza.

RESUMEN

Debido a la estrecha relación que existe entre la ganancia de peso materna y el crecimiento fetal es importante disponer de instrumentos actualizados, de fácil manejo, que permitan la evaluación del estado nutricional de la embarazada. En Argentina no se disponía de un instrumento de evaluación elaborado en base a los patrones de ganancia de peso de la población local.

El monitoreo de la ganancia ponderal supone la utilización de un patrón de ganancia ideal que permita detectar embarazadas con riesgo de dar a luz recién nacidos de bajo peso, con peso insuficiente o con alto peso, además de una serie de complicaciones maternas que durante el curso del embarazo o en el momento del parto pueden también asociarse a una inadecuada ganancia de peso en la madre.

La finalidad de este estudio fue conocer la ganancia de peso de una cohorte de gestantes con el propósito de generar un instrumento que sirva como referencia a nivel nacional. Se evaluaron además los pliegues cutáneos y la circunferencia media del brazo (CMB).

Mediante un diseño longitudinal se estudió una cohorte de 1090 gestantes de distintos niveles de ingresos, provenientes de 7 áreas geográficas del país. Se incluyeron embarazadas mayores de 19 años, sin patologías con comitantes, con embarazos de feto único y paridad de 0 a 5, con una edad gestacional al inicio del estudio menor a 12 semanas, seguidas con controles mensuales hasta el parto. Se obtuvo información respecto a las características del parto y del recién nacido de la Historia Clínica Perinatal.

El 55,6% de la población fue captada en el sector público de salud, el 37,5% presentó una escolaridad secundaria y el 57% refirió ingresos superiores al 4to decil. La ganancia media de peso fue de 11,9 kg y el peso medio de los recién nacidos de $3237,53 \pm 490,08$ g. Al inicio del estudio 63,6% de las mujeres tenían un peso adecuado para su talla y el porcentaje de sobrepeso y obesidad fue del 11,4% y 10,3% respectivamente, en tanto que el 14,8% presentó un bajo peso para la talla. La ganancia que se asoció a un peso de nacimiento óptimo fue de 12,3 kg (IC 95%: 12 -12,6).

Mediante la metodología LMS se elaboraron las curvas de ganancia de peso, de Índice de Masa Corporal (IMC), de CMB y de pliegues cutáneos para cada edad gestacional. En este análisis se consideraron solamente las mediciones periódicas en mujeres que dieron a luz neonatos de más de 2500 g y menores de 4000 g para definir las curvas de referencia.

Los límites normales de las gráficas de IMC/edad gestacional fueron validados utilizando una muestra auxiliar independiente de 560 historias clínicas de embarazadas, sesgada intencionalmente para incluir un porcentaje mayor al promedio de niños de bajo peso al nacer.

Los incrementos observados en la CMB y los pliegues bicipital, tricípital y subescapular fueron respectivamente: 1,7 cm; 2,6 mm; 3,6 mm y 4,5 mm.

Teniendo en cuenta las características de normalidad de la población seleccionada, el seguimiento longitudinal y las gráficas logradas a través de modernos programas de suavizamiento, éstas constituyen un instrumento apropiado para el diagnóstico nutricional en embarazadas y posibilitan la creación de un patrón de ganancia de peso que responde a un modelo prescriptivo. A partir de 2010 han sido adoptadas por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia para ser utilizadas durante el control prenatal.

PALABRAS CLAVE

Embarazo - Evaluación nutricional - Antropometría - Ganancia de peso.

INTRODUCCIÓN

Una adecuada nutrición durante el embarazo asegura el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo del crecimiento y desarrollo neonatal y evita el desarrollo de enfermedades crónicas en la adultez. En la madre, un correcto aporte de nutrientes a lo largo de la gestación favorece la lactancia y permite un satisfactorio estado nutricional durante los intervalos intergenésicos. La evaluación nutricional que incluya indicadores antropométricos, bioquímicos y alimentarios es un componente clave del control prenatal ya que no solo permite detectar gestantes en riesgo de malnutrición, sino que indirectamente posibilita la predicción del crecimiento fetal ^{1,2}.

En el componente antropométrico de esta valoración nutricional los parámetros que rutinariamente se evalúan son la talla materna, el peso pregestacional y la ganancia de peso a lo largo del embarazo. Otras mediciones que pueden complementar la evaluación son la CMB y los pliegues cutáneos como el bicipital, tricipital y subescapular cuya determinación permite estimar la masa grasa corporal. Si bien la utilización de los mismos como técnica de *screening* para monitorear el estado nutricional durante el embarazo no constituye una práctica habitual en nuestro medio, la medición de la CMB puede ser de utilidad como una herramienta predictora de un menor peso al nacer cuando su valor es inferior a determinados puntos de corte. Se ha comprobado además que el estudio de las modificaciones que sufren los pliegues cutáneos durante el curso del embarazo permite estimar los cambios en el perfil de composición corporal ³⁻⁵.

En las últimas décadas se han generado importantes cambios en las recomendaciones respecto a la ganancia de peso: en la primera mitad del siglo pasado, los obstetras aconsejaban restringir la ganancia de peso durante todo el embarazo a no más de 9 ó 12 kg a fin de prevenir alteraciones como toxemia, obesidad materna y complicaciones en el parto. Esta tendencia que predispuso a una severa restricción en la ganancia ponderal fue posteriormente cuestionada y en la década de 1970 se reconoció que dicha práctica estaba asociada a un incremento en el riesgo de nacimientos de bajo peso ⁶.

En la actualidad se acepta que el monitoreo de la ganancia ponderal supone la utilización de un patrón de ganancia ideal que permita detectar no sólo un peso inadecuado en el neonato sino además una serie de complicaciones maternas que durante el curso del embarazo o en el momento del parto pueden también asociarse a una inadecuada ganancia de peso en la madre; por lo que idealmente el instrumento utilizado para este monitoreo debería detectar el riesgo asociado a tales complicaciones ⁷⁻⁹. En los últimos años se ha demostrado que la obesidad materna aumenta el riesgo de muerte fetal, parto asistido,

diabetes gestacional e hipertensión. Estos factores se identifican también como predisponentes a mayor riesgo de morbilidad materna en poblaciones asiáticas^{12,13}. Datos provenientes de Estados Unidos agregan la infección posparto y el nacimiento por cesárea a la serie de posibles complicaciones maternas asociadas a la ganancia excesiva de peso¹⁴. La retención de peso post-parto ha sido también sindicada como causal de obesidad en mujeres en edad reproductiva, particularmente en embarazadas que presentan un peso pregestacional alto y tienen ganancias de peso superiores a las recomendaciones¹⁵.

Por otro lado, el monitoreo de la ganancia ponderal supone la utilización de un patrón de ganancia ideal que permita además detectar embarazadas con riesgo de dar a luz recién nacidos de bajo peso, con peso insuficiente o con retardo del crecimiento intrauterino¹⁶⁻¹⁹. Varios estudios llevados a cabo en poblaciones de países de América Latina corroboran la asociación entre escasa ganancia de peso en la madre y mayor riesgo de bajo peso en el neonato^{20,21}. En Cuba el riesgo relativo de bajo peso al nacer fue del 6,46 para madres con ganancia de peso insuficiente, en tanto que datos provenientes de la Maternidad Sardá (Buenos Aires, Argentina), demuestran que el bajo peso al nacer, el peso insuficiente para la edad gestacional y la prematuridad aumentan a medida que disminuye el IMC materno, siendo el peso pregestacional el mejor predictor del riesgo^{22,23}.

En Argentina no se dispone de un instrumento de evaluación elaborado en base a los patrones de ganancia de peso de la población local; las dos herramientas utilizadas para el monitoreo de la ganancia de peso durante el control prenatal son la Gráfica de Rosso y Mardones propuesta en Chile en 1985²⁴, o los rangos de ganancia de peso sugeridos en 1990 por el Institute of Medicine de EEUU²⁵.

El uso de las gráficas chilenas ha sido criticado en el sentido que podría inducir a un sobrediagnóstico de situaciones patológicas, tanto de bajo peso como de sobrepeso en la población de embarazadas. Esto tiene implicancias prácticas y económicas en el seguimiento, dado que una embarazada clasificada como “de riesgo” por su situación nutricional requiere un mayor número de controles prenatales. Por tales motivos, se han revisado en Chile los estándares propuestos por Rosso y Mardones y se ha propuesto una nueva gráfica que surge de definir en forma teórica una tabla de referencia basada en el Índice de Masa Corporal desde la semana 10 a la semana 42 de gestación. La validación de esta Tabla se está realizando con una cohorte de embarazadas en diferentes regiones de Chile y aún no se cuenta con información disponible respecto a su sensibilidad y especificidad²⁶.

La normativa propuesta por el Instituto de Medicina de Estados Unidos consiste en rangos recomendados de ganancia de peso en función al IMC pregestacio-

nal. Estas recomendaciones, que han sido recientemente actualizadas por dicho organismo²⁷ son también cuestionadas y no han sido aceptadas universalmente. Las críticas se fundamentan en que no se ha demostrado fehacientemente que los rangos de peso sugeridos como normativos se asocien efectivamente a menores riesgos perinatales, y aún que podrían asociarse a mayores probabilidades de nacimientos por cesáreas, neonatos de mayor peso y presencia de sobrepeso u obesidad materna en el posparto⁶.

Estas controversias plantean la necesidad de diseñar y evaluar un estándar de referencia nacional que corrija las distorsiones observadas con las normas vigentes. Una adecuada clasificación nutricional permitiría una mejor identificación de los riesgos asociados a desnutrición y obesidad materna: bajo peso al nacer, patologías del embarazo, distocias y complicaciones del parto.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que para la confección de estos patrones, idealmente se deberían llevar a cabo estudios longitudinales, con mediciones antropométricas antes y a lo largo del embarazo, seleccionando una población de referencia donde la prevalencia de complicaciones materno-fetales sea baja. En lo posible se deberían seleccionar dos poblaciones de gestantes con distintos niveles de acceso y disponibilidad de alimentos. De esta manera se podrían definir los límites inferior y superior de normalidad dentro de los cuales se presentan los nacimientos con adecuado peso en el recién nacido y con la menor prevalencia de complicaciones maternas³.

Algunas consideraciones prácticas propuestas por el Instituto de Medicina de Estados Unidos para el diseño de estas gráficas son: incluir en el eje horizontal de la gráfica las semanas de gestación y en el eje vertical el peso corporal, considerar el uso de diferentes gráficas de acuerdo a la categoría inicial del peso pregestacional, es decir bajo peso, peso adecuado, sobrepeso u obesidad e indicar la curva normativa de ganancia de peso promedio para cada categoría con sus respectivos límites superiores e inferiores basados en evidencias epidemiológicas. Estos límites podrían ser o bien percentiles o desviaciones estándar de la distribución observada en la población de referencia. La herramienta propuesta debiera ser de fácil manejo y puede presentarse en forma de gráfica o tabla de referencia²⁵.

Teniendo en cuenta esta necesidad de contar con herramientas que, generadas a nivel local, puedan ser utilizadas para la valoración antropométrica de la gestante tanto en la práctica clínica como en estudios epidemiológicos; el presente trabajo se llevó a cabo con los siguientes propósitos:

OBJETIVOS

- Evaluar en forma longitudinal el estado nutricional y los patrones de ganancia de peso en las embarazadas con diferentes posibilidades de acceso alimentario y conocer su impacto en el peso del recién nacido (bajo y alto peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad, etc.) y en complicaciones del parto.
- Diseñar un instrumento para monitorear el incremento de peso y de masa corporal durante el embarazo, que pueda ser usado a nivel nacional y que permita detectar gestantes con ganancias inadecuadas y con mayor riesgo de dar a luz recién nacidos de bajo o alto peso.
- Evaluar en la misma cohorte otros indicadores antropométricos que puedan utilizarse como variables representativas de la composición corporal a lo largo del embarazo (pliegues cutáneos) o como medidas más sencillas de estado nutricional (CMB) y establecer valores de referencia

MÉTODOS

El diseño del estudio fue observacional y longitudinal, de seguimiento durante el curso del embarazo a dos muestras de embarazadas de distintos niveles de ingresos, constituidas por cohortes estudiadas en 7 áreas geográficas del país: Centro, Ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Cuyo, NOA, NEA y Patagonia.

Las instituciones que integraron el estudio multicéntrico fueron:

- Región Centro: Ciudad de Córdoba: Hospital Nuestra Señora de la Misericordia.
- Ciudad de Buenos Aires: Hospital Rivadavia, Hospital Aeronáutico Central.
- Gran Buenos Aires: Hospital Fiorito, Clínica Materno Infantil de Quilmes, Clínica Modelo de Quilmes.
- Cuyo: Ciudad de Mendoza: Centro de Salud 16, centros municipales y consultorios externos del Sanatorio Fleming.
- NOA: Ciudad de Salta: Nuevo Hospital del Milagro, Centro de Ginecología y Obstetricia Pueyrredón, CEDILAM, Maternidad Privada.
- NEA: Ciudad de Posadas: Hospital Público Dr. Ramón Madariaga, Sanatorio Nosiglia, Sanatorio Boratti, Instituto Gema, Instituto de Previsión Social.
- Patagonia: Ciudad de Bariloche: Hospital Zonal.

Tamaño muestral

Teniendo en cuenta una prevalencia nacional de nacimientos de menos de 2500 g del 7%, con un nivel de significación del 5% y una potencia del 80%, y considerando un posible abandono del 25%, se estimó un tamaño muestral de 1100 embarazadas. Este tamaño muestral es además el sugerido como adecuado según la propuesta de la OMS para estudios longitudinales.

Muestras:

En cada región se seleccionaron dos grupos de gestantes:

Grupo 1: Embarazadas con un nivel de ingresos familiares inferior o igual al cuarto decil, que se capturaron en el sector público, correspondiendo al 60% del total.

Grupo 2: Embarazadas con un nivel de ingresos familiares superiores al cuarto decil, que se capturaron en el sector privado y/o en obras sociales, correspondiendo al 40% del total de gestantes.

Criterios de inclusión: Se incluyeron embarazadas mayores de 19 años, sin patologías concomitantes, con embarazos de feto único y paridad de 0 a 5, no fumadoras (ó con un hábito no superior a los 5 cigarrillos diarios), ni bebedoras de alcohol (ó con un hábito de consumo inferior a los 30 g de etanol/día), con una edad gestacional al inicio del estudio menor a 12 semanas ó entre la semana 12 y 16 sólo si recordaban en forma fehaciente el peso previo al embarazo.

Reparos éticos: Los datos que se obtuvieron formaron parte del seguimiento de salud programado de las embarazadas o provenían de un cuestionario. No se realizaron procedimientos que pudieran derivar en daño o molestia de los sujetos del estudio. Siguiendo las normas internacionales, se garantizó la confidencialidad de los datos y cada embarazada firmó un consentimiento informado al momento de la primera entrevista. En cada institución participante se solicitó la autorización de un Comité de Ética ó de Docencia e Investigación previo al inicio del estudio.

Variables socio-demográficas

En la primera entrevista se recabó información sobre la composición familiar, nivel de instrucción de la embarazada y rango de ingresos familiares. Los ítems estudiados fueron:

- Ingresos del hogar (inferior al 2º decil / entre el 2º y 4º decil / superior al 4º decil). Los deciles de ingresos se determinaron considerando los puntos de corte

de la Encuesta Permanente de Hogares (primer semestre 2005) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) para cada zona geográfica.

- Ingresos estables (hogares que reciben ingresos monetarios durante más de 6 meses)
- Afiliación a obra social.
- Escolaridad de la gestante (no alfabeto/ primaria incompleta/ primaria completa/ secundaria incompleta/ secundaria completa/ terciaria o universitaria).
- Tipo de familia (nuclear/ monoparental/ extendida/ ensamblada/ extendida mononuclear). Definiciones:
 - Nuclear: Núcleo parental con sus hijos solamente.
 - Extendida: Núcleo parental con sus hijos solamente y agregados a algún otro pariente (tío, abuelo).
 - Ensamblada o compuesta: Núcleo parental reconstituido (Ej. Padre y madre separados que viven con hijos de parejas anteriores).
 - Monoparental: Cuando los hijos viven con uno solo de los progenitores.
 - Extendida multinuclear: Incorporación a un núcleo conyugal del jefe, de una pareja con o sin hijos o una madre o padre con hijos propios solteros.

VARIABLES CLÍNICAS

Los antecedentes obstétricos, la edad gestacional y la información sobre patologías concurrentes se obtuvieron de la historia clínica. Se registraron también los valores de hemoglobina obteniéndose la información de la historia clínica. La definición de las variables se realizó según los conceptos de Schwarcz y col. (29)

- Gestas: Número de embarazos cursados.
- Edad gestacional: según fecha del último período menstrual (FUM), calculada con el uso del gestograma y corroborada en el transcurso de las primeras 16 semanas de gestación mediante un control ecográfico. Para la conversión de semanas de gestación a trimestre del embarazo se utilizaron las siguientes equivalencias:
 - **Primer trimestre:** hasta la semana 15.
 - **Segundo trimestre:** de la semana 16 a la semana 27.
 - **Tercer trimestre:** de la semana 28 a la semana 40.
- Tabaquismo: Si existía el hábito de fumar menos de 5 cigarrillos diarios, se registró el número de cigarrillos diarios que fumaba.
- Consumo de alcohol: Se registró el tipo de bebida alcohólica que habitualmente consumía y la cantidad promedio diaria.
- Complicaciones: Infecciones del tracto urinario (bacteriuria asintomática, uretritis y cistitis, pielonefritis), preeclampsia (hipertensión diagnosticada

después de las 20 semanas de gestación que se acompaña con proteinuria), eclampsia (presencia de convulsiones en pacientes con preeclampsia), diabetes gestacional (disminución a la tolerancia de los hidratos de carbono que se reconoce por primera vez en el embarazo en curso), hiperemesis gravídica (estado grave de náuseas y vómitos que provocan trastornos hidroelectrolíticos).

- Diagnósticos positivos por serología: Chagas (*Trypanosoma cruzi*), VIH (virus de inmunodeficiencia humana), toxoplasmosis (*Toxoplasma gondii*), sífilis (*Treponema pallidum*)

Variables antropométricas

El peso en cada control y la talla se midieron según normas establecidas y en forma estandarizada. Se utilizaron altímetros de lectura frontal Stanley y balanzas de uso clínico Cam. El peso corporal se registró y se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC: peso/talla²) antes de la semana 16, y en las semanas 20, 24, 28, 32 y 36 y en el último control previo al parto. Se evaluó la circunferencia máxima de brazo (CMB) con una cinta flexible de acero en los controles correspondientes a las semanas 16, 28 y 36, con el fin de validar este indicador como herramienta de tamizaje para la detección de embarazadas de bajo peso.

En una submuestra de mujeres se midieron antes de la semana 16, y a las 28 y 36 semanas los pliegues cutáneos tricipital, subescapular y bicipital con técnicas estandarizadas, utilizando un calibre de Lange. Se registró el promedio de 3 mediciones en cada sitio.

Las edades gestacionales en que se realizaron las determinaciones antropométricas tuvieron en todos los casos un rango de +/- 2 semanas y en el caso del primer control se aceptó cualquier edad gestacional inferior a 16 semanas.

Estandarización

Previo al inicio de la recolección de datos se realizó un taller de estandarización en el cual se definieron las técnicas de medición a ser utilizadas y los procedimientos de calibración del instrumental. Se realizó la estandarización de medidas de talla de los investigadores, determinando las variaciones intra e interindividuales; en aquellos investigadores que presentaron mayor variabilidad intraindividual se realizó un re-entrenamiento en las técnicas de medición.

Para la medición de pliegues cutáneos se seleccionaron a tres investigadoras que, teniendo entrenamiento previo, mostraron la mejor precisión.

Se acordaron los procedimientos para la realización de las entrevistas y se estandarizó la recolección de datos.

Variables a controlar

Según las normas nacionales vigentes²⁸, se entregaron suplementos con 60 mg de hierro y 400 µg de ácido fólico a todas las gestantes que formaron parte del estudio, indicándose la toma diaria desde el primer control prenatal. Se evaluó el cumplimiento de esta suplementación.

Variables del parto y del recién nacido

De la historia clínica perinatal se obtuvo información respecto a las características del parto, complicaciones, peso, talla, circunferencia craneana y edad gestacional del recién nacido. La definición de las variables se realizó según los conceptos de la Guía de Seguimiento del Recién Nacido de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil²⁹:

- Bajo peso al nacer (BPN): peso inferior a los 2500 g al momento del parto, cualquiera sea la edad gestacional.
- Bajo peso para la edad gestacional (BPEG): Peso menor al percentilo 3 según las gráficas de Lejarraga y Fustiñana³⁰.
- Macrosomía fetal: Peso al nacer superior a 4000 g.
- Recién nacido a término: neonatos nacidos entre la semana 37 y 41 de gestación.
- Prematuro ó recién nacido pretérmino: Recién nacidos de 36 semanas o menos.
- Postérmino: Recién nacidos de 42 semanas o más.

Estudio de validación

En cada una de las 7 áreas de estudio se recolectó en forma retrospectiva una muestra independiente de 80 historias clínicas de embarazadas (total = 560) que tuvieran datos de edad, peso pregestacional, talla y al menos 3 determinaciones de peso a lo largo del embarazo con una edad gestacional precisa, así como el peso del recién nacido. La muestra fue sesgada intencionalmente para incluir un porcentaje mayor al promedio de niños de bajo peso al nacer.

Análisis de datos

La información de las diferentes áreas de estudio se remitió a nivel central en planillas de Excel elaboradas *ad hoc*.

Los datos de peso y de IMC de los sucesivos controles de cada embarazada se analizaron según las categorías de IMC pregestacional. La velocidad de ganancia de peso durante el embarazo se analizó usando los incrementos individuales en intervalos de 4 semanas y estandarizando el punto medio del intervalo por interpolación. Luego se calcularon los promedios e intervalos de confianza del 95% para cada intervalo de 4 semanas.

Se desarrollaron curvas de percentilos (y puntaje z) de peso, IMC, CMB y pliegues cutáneos en función de la edad gestacional seleccionando las mujeres que tuvieron hijos con peso al nacer entre 2500 y 4000 gramos. Para generar las curvas se utilizó la metodología LMS; según este análisis cada curva de referencia se resume en tres curvas que representan la media (M), el coeficiente de variación (S) y la curtosis (L) en relación a los cambios de la variable independiente (edad gestacional) ^{31,32}. Para la obtención de estas curvas se utilizó el programa Lms Chart Maker (©1997-2005, Medical Research Council, UK).

Los datos descriptivos cuantitativos fueron expresados como promedio \pm desvío estándar o como mediana e intervalo intercuartílico según la distribución de la variable. La inferencia estadística se realizó mediante contraste de promedios en los datos cuantitativos y prueba de Chi² en los cualitativos. Un nivel de significación de $p < 0,05$ fue usado en todas las pruebas. Para el análisis de datos se utilizó el programa Stata 6,0.

Los cambios en la CMB y los pliegues cutáneos fueron analizados en función del IMC inicial y según categorías de peso al nacer.

Se aplicaron curvas de Características Operativas del Receptor (COR) para establecer los límites recomendados de normalidad en las curvas de IMC/edad gestacional y en los valores de CMB a diferentes edades gestacionales que mejor predijeran los riesgos de bajo peso al nacer y, en el caso de la CMB, que presentaran mejor asociación con el IMC. Las curvas ROC se obtuvieron empleando el programa Epidat 3.1. (Xunta de Galicia, PAHO/WHO, 2006).

RESULTADOS

Características de la población estudiada

Se seleccionaron inicialmente 1439 embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, 349 (24,2 %) abandonaron el estudio por motivos diversos (mudanzas, cambios en el lugar de atención o razones desconocidas). De esta manera, los resultados se basan en el seguimiento de las 1090 gestantes que concurrieron a dos ó más controles prenatales y de quienes se obtuvo información sobre las características de los neonatos. La mayoría de las embarazadas incluidas en las curvas de peso e IMC (92,7%) tuvieron 5 o más controles y el 68,9% completaron el esquema previsto de 7 o más controles. En la Tabla 1 se observa la distribución de la muestra según el área geográfica de procedencia.

El 55,6% de la población perteneció al sector público de atención y el 44,3% al Sector privado, estos porcentajes coinciden con los datos nacionales de total de nacimientos provenientes de cada sector. En la Tabla 2 se resumen las características sociodemográficas maternas, se observa que el perfil que describe a la población incluida en el estudio corresponde a mujeres con un nivel de escolaridad secundario (secundaria incompleta: 22,9%, secundaria completa: 37,4%); en su mayoría sin actividad laboral (58%), con un nivel de ingresos familiares superiores al 4to decil (56,8%) y pertenecientes a una familia de tipo nuclear (67,2 %).

EVALUACIÓN DEL SESGO

En los estudios longitudinales, la causa mas común de introducción de sesgo es la pérdida de seguimiento de los sujetos. En este estudio hubo 349 mujeres en las que no pudo completarse el seguimiento hasta el momento del parto de forma tal de recabar los datos del recién nacido, lo que representa un 24,25% de la muestra total inicial. La mayoría de ellas (46,5%) sólo concurrió al primer control, un 19,37% concurrieron a 2 controles, 14,25% a 3 controles y el resto tuvieron entre 4 y 8 controles. Se analizan las diferencias entre la muestra de 1090 embarazadas que completó el seguimiento y las mujeres que abandonaron o se perdieron, en aquellas variables de las que se cuenta con datos suficientes. No presentaron diferencias significativas: la edad de las mujeres, el nivel de ingresos de las familias, la cobertura en salud, el porcentaje de embarazadas que trabajan, como así tampoco el promedio de hemoglobina (en aquellas mujeres que tienen ese dato). Las diferencias se observaron en el número de gestas previas que fue significativamente diferente ($\chi^2 = 30,86$, $p = 0.0000$), fundamentalmente a expensas de un mayor número de mujeres primigestas entre las que completaron el seguimiento (31,3% vs. 16,1%). El nivel de educación formal de las embarazadas

que abandonaron el control también presenta diferencias ($\chi^2 = 28,39, p=0,00001$) siendo mayor el porcentaje de mujeres con primaria incompleta (7,6% vs. 2,7% en la muestra que completó el seguimiento). Hubo también diferencias en el sector en que fueron captadas las embarazadas ($\chi^2 = 5,39, p= 0,02$), con 62,75% de abandonos en el sector público. En cuanto a las variables relacionadas con el estado nutricional, la talla promedio fue ligeramente inferior en las mujeres que no completaron el seguimiento 1,587 m vs. 1,596 m ($t= 2,037, p=0,042$), aunque el significado clínico de 1 cm de diferencia en talla es muy relativo. Tanto el peso como el índice de masa corporal previos no mostraron diferencias significativas.

ANTECEDENTES MATERNOS

La edad media de las mujeres incluidas en el estudio fue de $27,0 \pm 5,8$ años (rango: 19 a 46 años), 31,3 % eran primigestas, la paridad media fue de $1,34 \pm 1,2$ y la edad gestacional media al momento de la captación fue de $10,2 \pm 2,3$ semanas.

En relación a los antecedentes maternos de morbilidad el 4,1% de las gestantes presentó antecedentes de diabetes, el 2,6% de pre-eclampsia y el 1,4% de eclampsia, en tanto que el 7,3% refirió antecedentes de hipertensión. Durante el seguimiento, 1,9% desarrolló diabetes y 2,6% pre-eclampsia; no hubo diferencias en la ganancia de peso con relación a las mujeres sin patología.

De acuerdo a los criterios de inclusión, sólo el 10,8% ($n=101$) de las mujeres fumaba y el 7,3 % ($n=69$) refirió el consumo de bebidas alcohólicas.

En las mujeres con hijos, el 41,4% presentó uno ó más antecedentes de nacimientos con menos de 3000 g.

Un aspecto complementario sobre el que se indagó fue acerca de las percepciones maternas sobre la ganancia de peso durante el embarazo; en su mayoría las mujeres opinan que la ganancia de peso ideal durante la gestación debería ser de 9 kg (35%) y refieren haber recibido esta información del equipo de salud (47,8%). Más de la mitad de las mujeres manifiestan preocupación sobre este tema (56,6%); en su mayoría el temor está asociado a un aumento de peso excesivo durante el curso del embarazo (33,9%) o al sobrepeso luego del parto (8,7%). Una baja proporción refiere preocupación por no lograr un aumento ponderal adecuado (10%). Se observó que la preocupación de la gestante sobre el tema se relaciona con el IMC pregestacional; un mayor porcentaje de mujeres que comienzan su embarazo con sobrepeso u obesidad refieren preocupación por la ganancia excesiva durante el embarazo en comparación con las mujeres con un peso inicial bajo o normal ($\chi^2 = 98,7 p= 0,000$). No obstante, no se observaron

diferencias significativas en la ganancia total de peso entre aquellas mujeres que refirieron preocupación por el tema y las que no lo hicieron.

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO Y DE LOS RECIÉN NACIDOS

De las embarazadas controladas nacieron 1090 niños, de los cuales 4 (0,37%) fueron mortinatos. Estos 4 niños fueron de término, ninguno de bajo peso, sólo 2 de ellos presentaron defectos congénitos y Apgar 0. Las causas de muerte de los otros 2 niños se desconocen.

El 63,82% de los niños nacieron por parto vaginal, el 35,54% por cesárea y un 0,64% requirió el uso de fórceps. El porcentaje de cesáreas es significativamente mayor en el sector privado y de obras sociales 39,83% vs. 32,13% en el sector público ($\chi^2 = 7,43$, $p=0,024$). Asimismo, el porcentaje de cesáreas presenta grandes diferencias según las provincias, desde 19,7% en Río Negro a 45,0% en Ciudad de Buenos Aires ($\chi^2 = 52,3$, $p = 0,000$).

En la Tabla 3 se observan las características de los neonatos, el peso al nacer fue en promedio de $3237,53 \pm 490,08$ g (mediana 3250 g, intervalo intercuartílico 2950 – 3550 g). La longitud corporal promedio fue de $47,51 \pm 3,79$ cm, el perímetro cefálico promedio fue de $34,21 \pm 1,99$ cm y la edad gestacional media fue de $38,9 \pm 1,5$ semanas con un intervalo intercuartílico de 38 a 40 semanas.

Hubo diferencias significativas entre provincias en la prevalencia de bajo peso al nacer, desde 2,65% en Ciudad de Buenos Aires hasta 9,23% en Salta y también en la prevalencia de peso insuficiente que fue de 11,24% en Río Negro hasta 35,08% en Córdoba ($\chi^2 = 48,22$, $p=0,000$). Esto obliga a corregir todos los resultados que tengan como variable dependiente al bajo peso al nacer por la variable provincia.

Finalmente, el 96,23% tuvo un peso adecuado a la edad gestacional (PAEG), el 1,66% un bajo peso para la edad gestacional (BPEG) y el 2,12% un alto peso para la edad gestacional. De los niños de bajo peso al nacer (< 2500 g) el 66 % tuvo peso adecuado a la edad gestacional y el 34 % BPEG. De los niños con peso insuficiente al nacer, el 98,7% tuvo peso adecuado a la edad gestacional y el 1,3% alto peso para su edad gestacional. La asociación entre categorías de peso al nacer y categorías de adecuación fue muy alta ($\chi^2 = 358,9$, $p=0,000$).

Por otra parte, de los niños con menos de 2500 g de peso al nacer el 52,8% fueron prematuros y el 47,2% de término; en tanto de los niños con peso insuficiente al nacer el 90,1% fue de término. La asociación igualmente es muy alta ($\chi^2 = 252,7$, $p=0,000$).

ANTROPOMETRÍA MATERNA Y GANANCIA DE PESO

La talla media de las mujeres fue de $1,59 \pm 0,07$ m, y presentó una distribución simétrica con un valor de mediana de 1,59 m (intervalo intercuartílico: 1,55 – 1,64). Al inicio del estudio más de la mitad de las mujeres (63,6%) tenían un peso adecuado para su talla y el porcentaje de sobrepeso y obesidad fue del 11,4% y 10,3% respectivamente, en tanto que el 14,8% presentó un bajo peso para la talla (Tabla 4). La ganancia media de peso fue de $11,91 \pm 4,39$ kg., la mediana fue de 11,42 kg., con un intervalo intercuartílico entre 9 y 14,5 kg.

Un primer análisis de la ganancia de peso se realizó en forma comparativa con la propuesta del Instituto de Medicina en función a las categorías de IMC previo al embarazo (Tabla 5) considerando la media de ganancia de peso total durante el embarazo. Cabe destacar que en este estudio se empleó la categorización de IMC propuesta por el Instituto de Medicina de EEUU vigente hasta la fecha del análisis de los datos, posteriormente dicho organismo²⁷ realiza leves modificaciones en las categorías de IMC pregestacional y en la recomendación de ganancia de peso para las mujeres obesas; adoptando los valores de IMC propuestos por la OMS para adultos (WHO, 1995) y estableciendo un rango de 5 a 9 kg de ganancia recomendada para el grupo con obesidad. En nuestro análisis, para las categorías de bajo peso pregestacional, peso adecuado y sobrepeso la ganancia promedio observada se encuentra en el rango sugerido, en tanto que las mujeres que comenzaron su embarazo con un IMC superior a 29 tuvieron ganancias de peso superiores a los 7 kg sugeridos por el Instituto de Medicina, aunque este promedio de aumento ponderal resultó significativamente inferior a las otras tres categorías. Estas categorías de estado nutricional de las madres se asociaron al peso al nacer de los niños. En la Tabla 6 se observan las prevalencias de bajo peso, peso insuficiente y alto peso al nacer según categorías de IMC maternos, se destaca el mayor riesgo de bajo peso en las madres que comienzan su embarazo con bajo IMC, también para el peso insuficiente la prevalencia es menor a medida que aumenta el IMC materno; en tanto el riesgo de alto peso se duplica y se triplica en las mujeres con sobrepeso y obesas, respectivamente, en relación a las normales. En la Tabla 7 se observa la ganancia de peso total a lo largo del embarazo según categorías de peso al nacer, se destaca que la ganancia que se asocia a un peso de nacimiento óptimo es de 12,3 kg (IC 95%: 12 -12,6). No hay diferencias en la ganancia de peso materno para los niños que nacieron con menos de 2500 g o con menos de 3000 g, o sea que los riesgos de bajo peso y de peso insuficiente al nacer se asocian con ganancias de peso similares. Todas las demás categorías son diferentes entre sí.

PATRÓN DE GANANCIA DE PESO Y GENERACIÓN DE INSTRUMENTOS

El seguimiento longitudinal de las gestantes permitió obtener los valores correspondientes a los percentilos, 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97 para el incremento de peso y el IMC en cada edad gestacional utilizando la metodología LMS. En este análisis se consideraron solamente las ganancias de peso en mujeres que dieron a luz neonatos de más de 2500 g y menores de 4000 g. El ajuste se realizó con el método del Q Test y los grados de libertad utilizados para generar los percentilos fueron para la distribución del peso en función de la edad gestacional: L:3, M:7 y S:4, usando 7095 determinaciones de peso corporal. Para la distribución del IMC el mejor ajuste se logró con L:3, M:7 y S:3, en base a 7092 determinaciones. En ambos casos se identificaron los datos que presentaron valores fuera de rango (± 3 DE) y se eliminaron 2 puntos de la serie de datos correspondientes al peso y 5 del IMC.

Se obtuvieron curvas de peso para edad gestacional y de IMC para edad gestacional (Gráfico 1). El expresar la ganancia ponderal en valores absolutos presenta la desventaja de no tener en cuenta la proporcionalidad en esta ganancia según la talla materna; por este motivo se considera más apropiado el uso del Gráfico 1 que presenta en el eje horizontal la edad gestacional y en el vertical los valores de IMC.

En las gestantes con recién nacidos de más de 3000 g se estudiaron los incrementos de peso alcanzados en kg a intervalos de 4 semanas de gestación. Se observa que el menor aumento se registra al comienzo del embarazo con aproximadamente 1 kg de aumento hasta la semana 16. A partir de la semana 16 la ganancia mensual se encuentra en el orden de los 2 kg, con incrementos mayores a los 2 kg entre las semanas 20 y 24 y las semanas 36 a 40 (Tabla 8). Al comparar estos patrones de ganancia de peso con los registrados en las mujeres que dieron a luz neonatos de menos de 3000 g, se observa que para todas las semanas de gestación este grupo alcanza menores incrementos, siendo estas diferencias significativas en las semanas 20 a 24 y 36 a 40 (Intervalos de confianza que no se superponen). En el mismo análisis pero en función del aumento del IMC en cada semana de gestación, se destaca el notorio descenso el ritmo de incremento del IMC a partir de la semana 32 en las embarazadas que dieron a luz neonatos de menos de 3000 g.

VALIDACIÓN DE LAS GRÁFICAS DISEÑADAS

Los datos de IMC de la muestra auxiliar de validación fueron convertidos a puntaje z usando los valores de L, M y S de las curvas generadas en el estudio. La mejor predicción de bajo peso al nacer (< 2500 g) se obtuvo con un IMC menor

de -1 desvío estándar (sensibilidad = 37,4%, especificidad = 84,2%). La predicción de alto peso al nacer (> 4000 g) con un IMC mayor a +1 desvío estándar tuvo una sensibilidad de 40,3% y una especificidad de 84,9%. Estos límites presentan una alta especificidad y una relativamente baja sensibilidad, con una eficiencia global de 77% y 81% para bajo y alto peso al nacer, respectivamente.

CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO Y PLIEGUES CUTÁNEOS

Las otras mediciones antropométricas que se realizaron en un subgrupo de población fueron los pliegues cutáneos y la CMB, en la Tabla 9 se presentan los valores observados para estos indicadores en las semanas 16, 28 y 36 de gestación. Se registraron modificaciones en todas las medidas, con un incremento entre las mediciones al inicio y al final del embarazo de 1,7 cm en la circunferencia del brazo, 2,6 mm para el pliegue bicipital, 3,6 mm para el pliegue tricipital y 4,5 mm para el pliegue subescapular. En la CMB el mayor incremento se observó desde el inicio de la gestación hasta la semana 28, con un aumento de 1,1 cm (IC 95%:1,0–1,2 cm), en tanto que desde la semana 28 de gestación hasta el final del embarazo el aumento fue de solo 0,6 cm (IC 95%: 0,5–0,7 cm).

Al evaluar la relación entre estos indicadores antropométricos y el peso al nacer se observó que para todas las mediciones los valores fueron significativamente inferiores en las madres de neonatos de menos de 3000 g. Estas diferencias se registran desde el inicio de la gestación y se mantienen hasta las últimas semanas del embarazo.

Se observó una correlación entre los valores de la CMB y el peso materno, siendo esta asociación más fuerte en el primer trimestre ($r = 0,735$, $P < 0,001$) y disminuyendo a lo largo del embarazo ($r = 0,718$ a la semana 28 y $r = 0,638$ a la semana 36). Luego de aplicar la metodología de curvas ROC en busca de valores de CMB que pudieran predecir un IMC materno < -1 DE de la curva anteriormente diseñada, y nacimientos de menos de 3000 g, se proponen como valores de corte cifras de 24,5 cm en edades gestacionales menores a las 16 semanas, 25,5 cm hasta la semana 28 y un valor de 26,5 cm para el tercer trimestre de gestación (semana 36). La sensibilidad de estos valores en relación al IMC materno < -1 DE fue de 88,0%, 81,3% y 85,4%, respectivamente. La especificidad fue mayor al inicio del embarazo (71,3%) y disminuyó en el segundo y tercer trimestre (69,8% y 63,5%, respectivamente). En relación a la predicción de un peso al nacer menor a 3000 g la sensibilidad de los valores propuestos se encuentra en el orden del 48% al 56%. El área bajo la curva en el análisis ROC varió del 60% al 62% para un peso al nacer menor a 3000 g y del 82% al 87% para la predicción de un IMC materno menor a < -1 DE.

Empleando la misma metodología LMS que se aplicó para la generación de las gráficas de ganancia de peso e IMC, se diseñaron curvas de incremento de la CMB y de los pliegues bicipital, tricipital y subescapular en función de la edad gestacional. En este análisis, el mejor ajuste se logró con los siguientes grados de libertad: (M) = 7; (S) = 3, y (L) = 3, en base a 3412 mediciones individuales para la CMB y 1266 para los pliegues. Las curvas obtenidas se presentan en los Gráficos 2 a 4.

DISCUSIÓN

PATRÓN DE GANANCIA DE PESO Y DE IMC SEGÚN EDAD GESTACIONAL

La ganancia de peso gestacional es un fenómeno biológico complejo y único que da soporte al crecimiento y desarrollo fetal y resulta influenciado por los cambios en la fisiología y el metabolismo materno y placentario. El propósito de este estudio fue brindar herramientas para el seguimiento del estado nutricional de las mujeres en el control prenatal.

El monitoreo de la ganancia de peso ha sido el medio más frecuentemente utilizado de evaluar el estado nutricional de las mujeres y el crecimiento fetal durante el embarazo. El peso materno es sensible al *stress* nutricional agudo y provee la impresión más global acerca del crecimiento fetal, comparado con otros parámetros antropométricos. Otra ventaja del monitoreo de la ganancia de peso (o del IMC) es que los cambios son lo suficientemente grandes como para detectar sus incrementos durante el embarazo.

Aún cuando las gráficas de ganancia de peso gestacional han sido usadas en la práctica clínica por muchos años, no existe aún una estandarización entre diversos instrumentos debido a la falta de datos primarios apropiados para un uso universal. La evolución de los instrumentos refleja los cambios de las recomendaciones de ganancia de peso a lo largo del tiempo y una mayor comprensión del rol del estado nutricional materno en el manejo prenatal²⁷.

Desde 1987 no se han publicado datos de ganancia de peso en el embarazo provenientes de estudios longitudinales en América Latina, con la excepción de un estudio reciente realizado en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá en una cohorte de 243 mujeres. Sus resultados son muy similares a los presentes³³.

Las características de selección de la población incluida en este estudio garantizó la inclusión de mujeres aparentemente sanas, con captación temprana y controles de salud según normas, que no tuvieran el hábito de fumar o consumir bebidas alcohólicas y que recibieran oportunamente la suplementación de hierro y folatos. El estudio contó además con un tamaño muestral adecuado, con amplia representación geográfica, diseño longitudinal que incluye los resultados del recién nacido, y la utilización de avanzados métodos estadísticos de suavizamiento. Estos criterios permitieron contar con una cohorte de mujeres embarazadas que puede considerarse como referencia y posibilitan la creación de un patrón de ganancia de peso que responde a un modelo prescriptivo.

Al interpretar los resultados se deben considerar algunas limitaciones. La muestra comprende mujeres adultas con embarazos de feto único, por tanto sus resultados no pueden ser aplicados en adolescentes o para embarazos múltiples. En la cohorte fueron incluidas un 10,8% de mujeres que fumaban (menos de 5 cigarrillos diarios) al comienzo del embarazo y un 7,3% que consumían cantidades pequeñas de alcohol (<20 g de etanol/día). Aunque ambos son factores conocidos que afectan el peso al nacer, no se encontraron diferencias significativas en este estudio, tanto en la ganancia de peso materna como en el peso al nacer, tal vez por el umbral bajo de consumo.

Las herramientas que surgen luego del análisis de los datos de ganancia de peso en esta cohorte de 1090 gestantes son: la Gráfica de IMC según edad gestacional (Gráfico 1) y la Tabla de Velocidad de Ganancia de peso según edad gestacional (Tabla 8). Para la utilización de la Gráfica en la consulta prenatal, los límites de normalidad sugeridos: -1 a +1 desvíos estándar del IMC para cada edad gestacional, han demostrado tener una predicción de los nacimientos de bajo peso y de peso insuficiente comparable a la que surge del uso de la Gráfica de Rosso y Mardones sin las distorsiones que se encontraban al analizar poblaciones de embarazadas. En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) utilizando la clasificación de Rosso-Mardones sólo el 31% aparecían en la categoría de peso normal³⁴. Esta misma población, analizada con los parámetros señalados de nuestro instrumento presentó un 64,7% de embarazadas normales.

En forma complementaria, la información que brinda la Tabla de velocidad de ganancia de peso puede utilizarse para evaluar en forma rápida los incrementos ponderales a intervalos de 1 mes, partiendo de la semana 16 con una ganancia de 1,6 kg y considerando apropiados incrementos en el orden de los 2 kg en los subsiguientes intervalos de 4 semanas hasta el momento del parto.

Además, en los casos en que el peso corporal no pueda ser evaluado, los límites de CMB pueden ser usados como una aproximación para predecir tanto un IMC materno bajo como un bajo peso al nacer. Estos valores son: 24,5 cm antes de la semana 16; 25,5 cm a la semana 28 y 26,5 cm a la semana 36.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Se han utilizado diferentes modelos de composición corporal para estimar la ganancia en diferentes tejidos durante el embarazo. La masa magra representa hasta un 58% de la ganancia total y la deposición de proteínas (en feto, placenta, útero, mamas y otros tejidos) ocurre predominantemente en el último trimestre. Los incrementos de masa magra se correlacionan positivamente con el peso al

nacer. El tejido graso acumulado normalmente durante el embarazo representa una porción importante de la variación en la ganancia total de peso. La incorporación de grasa muestra una gran correlación con el aumento del peso corporal, pero no con el peso al nacer^{35,36}.

La mediana de ganancia de peso a las 38 semanas de gestación fue de 11,4 kg (intervalo intercuartílico 9-14,5 kg) para el total de la muestra. Con respecto al IMC pregestacional, sólo el grupo que presentaba obesidad inicial mostró un aumento de peso significativamente menor, aunque por encima de los valores recomendados por el IOM.

La recomendación de ganancia de peso durante el embarazo propuesta por el IOM²⁷ es un instrumento usado internacionalmente para el monitoreo de las gestantes. Ha sido cuestionado el uso de valores absolutos de ganancia de peso por no considerar la proporcionalidad de la ganancia en mujeres de diferentes estaturas, particularmente en los extremos. En ese sentido, la utilización del índice de masa corporal permite neutralizar estas diferencias.

Las curvas basadas en IMC para la edad gestacional presentan ventajas para el seguimiento prenatal, dado que las mujeres pueden ser evaluadas aún cuando inicien tardíamente el control, lo que sí requieren es una estimación precisa de la edad gestacional.

En el control prenatal en nuestro país ha sido más frecuente el uso de gráficas de incremento de peso, entre ellas la de Rosso y Mardones, generada en Chile y que tuvo amplia difusión en varios países Latinoamericanos. Este instrumento es un estándar condicional, que toma en consideración la ganancia esperada al final del embarazo como una función del peso pregestacional. Si bien constituye una ventaja sobre las medidas de distancia, ha sido cuestionado en los últimos años porque sobreestima tanto las categorías de “bajo peso” como de “sobrepeso y obesidad”. Por estas razones, Chile ha adoptado un nuevo instrumento de evaluación propuesto por Atalah y col.²⁶.

Comparado con el estudio de Grandi y col.³³ realizado en la ciudad de Buenos Aires, los resultados de ganancia de peso en nuestra población son muy similares, aunque las curvas desarrolladas por estos autores son más irregulares en los percentilos altos, probablemente por el menor tamaño muestral.

Recientemente, Ochsenbein-Kölble y colaboradores proponen también el uso de gráficas de incremento de IMC diseñadas en base al seguimiento de gestantes europeas empleando un estudio de diseño transversal³⁷. En esta propuesta europea, los valores totales de incremento de peso y de IMC a lo largo

de la gestación son superiores a los referidos en nuestras herramientas, esto es esperable teniendo en cuenta las diferencias étnicas, antropométricas y sociodemográficas entre ambas poblaciones

El incremento total en los valores de la circunferencia media del brazo fue de 1,9 cm, cifra considerablemente superior a los 0,8 cm referidos por Mahaba³⁸ en gestantes egipcias y comparable a los valores publicados por Paoli²¹ en gestantes adultas eutróficas de Venezuela. Al inicio del embarazo, los valores medios de la CMB fueron inferiores en esta población en comparación con las mujeres venezolanas, no obstante en el tercer trimestre ambos grupos presentaron cifras promedio en el orden de los 27,5 cm. Estas observaciones refuerzan la postura de que contrariamente a lo aceptado, la CMB no resulta ser un indicador estable a lo largo del embarazo por lo cual debieran reconsiderarse los puntos de corte utilizados para su interpretación en este momento biológico. En este grupo, la CMB tanto al inicio del embarazo como en la medición a la semana 28 de gestación, fue significativamente inferior en las mujeres que dieron a luz recién nacidos de menos de 3000 g; hallazgos similares que sugieren el uso de este indicador como un predictor del peso al nacer o del estado nutricional materno son comunicados por Perez Guillén³⁹ en mujeres venezolanas, por Mortazavi¹³ en gestantes iraníes y por Hediger en Estados Unidos⁴⁰.

En relación a las mediciones de los pliegues cutáneos, también se observó un incremento a lo largo de la gestación, siendo el pliegue subescapular en el que se registra el mayor aumento. Estas variaciones se relacionan con el aumento en la cantidad de grasa corporal que se produce durante la gestación⁴¹. El mismo comportamiento observado en la CMB con relación al peso del recién nacido se repitió en la evaluación de los pliegues cutáneos: las madres de neonatos de menos de 3000 g presentan valores más bajos tanto al inicio como al final del embarazo. Estas observaciones que relacionan la composición corporal materna con la antropometría del neonato han sido recientemente remarcadas en las investigaciones de Thame llevadas a cabo en gestantes de Centroamérica⁴².

La utilización de estas medidas antropométricas no constituye una práctica habitual en la evaluación nutricional de las gestantes durante el control prenatal, en especial se enfatiza la utilidad de la medición de la CMB como método de *screening* ya que resulta una herramienta de fácil aplicación, bajo costo y que requiere de un mínimo entrenamiento previo antes de su aplicación. La medición de los pliegues cutáneos si bien puede ser también un complemento adecuado al control del peso corporal requiere no obstante de una capacitación más especializada y de la posibilidad de contar con los calibres apropiados para su correcta detección.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PESO AL NACER

El mecanismo biológico que subyace en la relación entre estado nutricional materno y los resultados reproductivos no está totalmente dilucidado. Las consecuencias neonatales negativas de mayor interés –retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad– son síndromes heterogéneos, siendo la malnutrición materna solo una de sus causas.

En este estudio se pudo comprobar nuevamente la influencia del estado nutricional materno sobre el peso al nacer, tanto de los parámetros previos al embarazo: Índice de Masa Corporal inicial y talla, como de la ganancia de peso durante el embarazo.

El efecto protector del IMC inicial sobre el bajo peso de nacimiento implica disminuciones de riesgo del orden del 50% al comparar las categorías normales y altas con respecto a $IMC < 19,8$, lo mismo ocurre en la asociación entre IMC inicial y peso insuficiente al nacer donde las mujeres con sobrepeso/obesidad presentan una incidencia 60% inferior a las mujeres que inician su embarazo con un IMC menor a 19,8. En tanto la ganancia de peso presenta diferencias significativas entre todos los grupos de peso al nacer. Lo que no pudo comprobarse fue el efecto compensatorio que algunos autores han descrito en el sentido de mayores ganancias de peso en las mujeres que comienzan su embarazo con bajo peso. En nuestro estudio, sólo el grupo de mujeres que comenzó su embarazo con un $IMC > 29$ tuvo incrementos de peso significativamente inferiores al resto.

Por otra parte, comenzar el embarazo con un IMC mayor a 29 implica un significativo mayor riesgo de alto peso al nacer (> 4 kg), y también el aumento de peso superior al promedio durante la gestación se asocia con macrosomía.

La ganancia de peso durante el embarazo no puede ser una herramienta precisa de diagnóstico si se utiliza en forma aislada, dada la variabilidad en la ganancia total asociada con buenos resultados perinatales y el origen multifactorial de los mismos. Sin embargo, hay suficiente evidencia sobre múltiples consecuencias sobre la salud de la madre y del niño potencialmente relacionadas en forma causal con la ganancia de peso gestacional. Una revisión sistemática reciente¹⁵ evaluó la evidencia sobre varios efectos asociados a ganancias de peso materno menores y mayores a lo recomendado por el Instituto de Medicina de EEUU. Los resultados principales se resumen en que existe evidencia fuerte de la asociación entre baja ganancia de peso materna (inferior a lo recomendado por IOM) y prematuridad, bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional, así como sobre el peso al nacer en forma global y con evidencia moderada con menor inicio de lactancia. Por otra parte, la elevada ganancia de peso durante el

embarazo (o superior a las recomendaciones del IOM) se asocia con grande para la edad gestacional y con el peso al nacer en general con evidencia fuerte, y con macrosomía, retención de peso post-parto y necesidad de cesárea con evidencia de grado moderado.

En el diseño de gráficas de incremento de peso o IMC es necesario tener claros los resultados que se pretende predecir o prevenir: resultados neonatales, complicaciones del embarazo o mantenimiento del peso adecuado post-parto. Las gráficas deben ser interpretadas teniendo en cuenta estos aspectos, si bien un solo instrumento puede servir varios propósitos.

Las curvas descriptivas de ganancias promedio en poblaciones “normativas” proveen una guía a los equipos de salud. Sin embargo, es recomendable validar los límites inferior y superior de normalidad de los instrumentos con valores derivados en forma empírica para discriminar al menos un resultado favorable. La mayoría de las referencias, incluida la presente, usan el peso al nacer como el resultado a predecir.

La sensibilidad del instrumento diseñado de IMC/edad gestacional con los límites de normalidad de ± 1 desvío estándar para la predicción del bajo o alto peso al nacer fue relativamente modesta en este estudio. No resulta sorprendente, dado que la ganancia de peso materno es sólo uno de los múltiples determinantes del peso al nacer, y que otros instrumentos diseñados con este fin (Gráficas de Rosso-Mardones y de Atalah) también presentan sensibilidades bajas. Por el contrario, la especificidad fue adecuada.

RECOMENDACIONES

El objetivo más ambicioso de este estudio fue reunir una población de gestantes que estudiada durante el curso del embarazo permitiera generar nuevos instrumentos para la evaluación de la ganancia de peso que pudieran reemplazar a los utilizados hasta el momento. Teniendo en cuenta las ya mencionadas características de “normalidad” de la población seleccionada y las gráficas construidas, creemos que más allá de que aún es posible lograr una validación más precisa, las mismas constituyen un instrumento apropiado para los fines perseguidos y pueden ser utilizados durante el control prenatal. A partir de su publicación inicial se presentaron estos resultados a nivel del Ministerio de Salud, Sociedades Científicas y Congresos en las áreas de obstetricia, nutrición y perinatología^{43,44}. Con estos consensos básicos se elaboraron guías para la aplicación de las gráficas de incremento del IMC a nivel del Ministerio de Salud^{45,46} y se generan instancias de capacitación a las jurisdicciones para su utilización en efectores del sector público de salud.

Entre los aspectos que requieren mayor investigación, se encuentra el diseño de referencias para la evaluación nutricional en la población de gestantes adolescentes, particularmente las menores de 17 años, cuyos IMC pregestacionales difieren de las mujeres adultas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ López L, Calvo E. Nutrición durante el embarazo en: Obstetricia. 6ta Ed. Schwarz R. Buenos Aires: El Ateneo. 2005
- ² Ramakrishnan U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. *Am J Clin Nutr* 2004;79:17-21
- ³ World Health Organization. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. WHO Bulletin OMS: Supplement Vol.73. 1995
- ⁴ Hediger ML, Luke B, van de Ven C, Nugent C. Midupper arm circumference (MUAC) changes in late pregnancy predict fetal growth in twins. *Twin Res Hum Genet*. 2005 Jun;8(3):267-70.
- ⁵ Soltani H, Fraser R. A longitudinal study of maternal anthropometric changes in normal weight, overweight and obese women during pregnancy and postpartum. *Br.J.Nutr* 2000;84:95-101.
- ⁶ Abrams B, Altman S, Pickett KE. Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr*. 2000;71(suppl)1233S-41S
- ⁷ Kabiru W, Raynor BD. Obstetric outcomes associated with increase in BMI category during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Sep;191(3):928-32
- ⁸ Siega-Riz AM, Evenson KR, Dole N. Pregnancy-related weight gain--a link to obesity? *Nutr Rev*. 2004 Jul;62(7 Pt 2):S105-11
- ⁹ Erez-Weiss I, Erez O, Shoham-Vardi I, Holcberg G, Mazor M. The association between maternal obesity, glucose intolerance and hypertensive disorders of pregnancy in nondiabetic pregnant women. *Hypertens Pregnancy*. 2005;24(2):125-36.
- ¹⁰ Nohr EA, Bech BH, Davies MJ, Frydenberg M, Henriksen TB, Olsen J. Prepregnancy Obesity and Fetal Death: A Study Within the Danish National Birth Cohort. *Obstet Gynecol*. 2005 Aug;106(2):250-259.
- ¹¹ Atalah E, Castro R. Obesidad materna y riesgo reproductivo. *Rev Méd Chile* 2004;132:923-930
- ¹² Murakami M, Ohmichi M, Takahashi T, Shibata A, Fukao A, Morisaki N, Kurachi H. Prepregnancy body mass index as an important predictor of perinatal outcomes in Japanese. *Arch Gynecol Obstet*. 2004 Jun 5
- ¹³ Mortazavi F, Zadeh TK. The relationship between maternal anthropometric measurement and birth weight. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2004;13(Suppl):S154
- ¹⁴ Stotland NE, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain, macrosomia, and risk of cesarean birth in nondiabetic nulliparas. *Obstet Gynecol*. 2004 Oct;104(4):671-7.
- ¹⁵ Viswanathan M, Siega-Riz AM, Moos MK, Deierlein A, Mumford S, Knaack J, Thieda P, Lux LJ, Lohr KN (2008) Outcomes of maternal weight gain. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. (168):1-223
- ¹⁶ Steward DK, Moser DK. Intrauterine growth retardation in full-term newborn infants with birth weights greater than 2,500 g. *Res Nurs Health*. 2004 Oct 27;27(6):403-412
- ¹⁷ Cheng CJ, Bommarito K, Noguchi A, Holcomb W, Leet T. Body mass index change between pregnancies and small for gestational age births. *Obstet Gynecol*. 2004 Aug;104(2):286-92.

- ¹⁸ Hulsey TC, Neal D, Bondo SC, Hulsey T, Newman R. Maternal prepregnant body mass index and weight gain related to low birth weight in South Carolina. *South Med J.* 2005 Apr;98(4):411-5.
- ¹⁹ Lagos R, Espinoza R, Orellana J. Estado nutricional materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término. *Rev Chil Nutr* Vol.31, Abril 2003:52-57
- ²⁰ Valderrama G, Cabrera E, Ronald A; Díaz Herrera, J. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *Rev Med Hered;* 2003; 14 (3):128-133
- ²¹ Paoli, Ingrid Rached de; Sanchez, Arelis Azuajo; Pérez, Gladys Henríquez. Cambios en las variables antropométricas durante la gestación en mujeres eutróficas *Arch. Latinoam. Nutr;*51(4):351-358, Dec. 2001.
- ²² Martínez Barroso, María Teresa; Matienzo González-Carvajal, Gema; Willians Serrano, Sandra; Cruz Pérez, Ramón; Gómez Arcila, Marta. Ganancia de peso materno: relación con el peso del recién nacido. *Rev. cuba. obstet. ginecol;*25(2):114-117, mayo-ago. 1999.
- ²³ Grandi, CA. Relationship between maternal anthropometry and weight gain with birth weight, and risks of low birth weight, small for gestational age and prematurity at an urban population of Buenos Aires, Argentina. *Arch Latinoam Nutr.* 2003 Dec;53(4):369-75
- ²⁴ Mardones F, Rosso P. A weight gain chart for pregnant women designed in Chile. *Maternal and Child Nutrition.* 2004;1:77-90
- ²⁵ Subcommittee on Nutritional Status and Weight Gain During Pregnancy. Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences. Washington DC. National Academy Press,1990
- ²⁶ Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea A. Proposal for a new standard for the nutritional assessment of pregnant women. *Rev Méd Chile* 1997;125:1429 –1436
- ²⁷ IOM (Institute of Medicine) (2009) Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC. The National Academies Press. (prepublication copy)
- ²⁸ Calvo E, Longo E, Aguirre P, Britos S. Prevención de la anemia en niños y embarazadas e la Argentina: Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. República Argentina, 2001.
- ²⁹ Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de seguimiento del recién nacido. Buenos Aires. Mayo de 2005.
- ³⁰ Lejarraga H, Fustiñana C. Estándares de peso, longitud corporal y perímetro cefálico desde las 26 hasta las 92 semanas de edad postmenstrual. *Arch Arg Pediatr.*1986;84:210-214
- ³¹ Cole TJ. The LMS method for constructing normalized growth standards. *Eur J Clin Nutr.* 1990 Jan;44(1):45-60.
- ³² Cole TJ, Green PJ. Smoothing reference centile curves: the LMS method and penalized likelihood. *Stat Med.* 1992 Jul;11(10):1305-19.
- ³³ Grandi C, Luchtenberg G, Sola H. Evaluación nutricional durante el embarazo. Nuevo estándar. *Medicina (Buenos Aires)* 2007;67:677-684.
- ³⁴ Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. Ministerio de Salud. Argentina.2006

- ³⁵ Lederman SA, Paxton A, Heymsfield SB, Wang J, Thornton J, Pierson RN Jr. (1997) Body fat and water changes during pregnancy in women with different body weight and weight gain. *Obstet Gynecol.* 90:483-8.
- ³⁶ Butte NF, Ellis KJ, Wong WW, Hopkinson JM, Smith EO (2003) Composition of gestational weight gain impacts maternal fat retention and infant birth weight. *Am J Obstet Gynecol.* 189(5):1423-32
- ³⁷ Ochsenbein-Kölbl N, Roos M, Gasser T, Zimmermann R. Cross-sectional study of weight gain and increase in BMI throughout pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*2007;130:180–186.
- ³⁸ Mahaba HM, Ismail NA, El Teheiwly MM, El-Goewily MM, Ramadan MS. Development of weight gain charts for healthy Egyptian pregnant women. *J Egypt Public Health Assoc.* 2001;76(5-6):369-91.
- ³⁹ Pérez Guillen A, Bernal Rivas J. Predicción del estado nutricional mediante variables antropométricas y de seguridad alimentaria en el hogar de un grupo de embarazadas de Caracas, Venezuela. *Nutr Hosp* 2006; 21(5):611-616
- ⁴⁰ Hediger ML, Luke B, van de Ven C, Nugent C. Mid upper arm circumference (MUAC) changes in late pregnancy predict fetal growth in twins. *Twin Res Hum Genet.* 2005 Jun;8(3):267-70.
- ⁴¹ Durnin J, Womersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr.* 1974;33:77-97
- ⁴² Thame M, Trotman H, Osmond C, Fletcher H, Antoine M Body composition in pregnancies of adolescents and mature women and the relationship to birth anthropometry. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Jan;61(1):47-53. Epub 2006 Jul 12.
- ⁴³ Calvo EB, López LB, Balmaceda Y del V, Poy MS, González C, Quintana L, Cámara K, Barrientos E, Berlingueres S, Garcíarena S (2009). Reference charts for weight gain and body mass index during pregnancy obtained from a healthy cohort. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 22(1):36-42.
- ⁴⁴ López LB, Calvo EB, Poy MS, Balmaceda Y, Cámara K. Changes in skinfolds and mid-upper arm circumference during pregnancy in argentine women. *Maternal & Child Nutrition.* Published Online: 3 Feb 2010
- ⁴⁵ Abeyá Gilardón E, Calvo EB, Durán P, Longo EN, Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Ministerio de Salud – OPS. Buenos Aires, 2009 (ISBN 978-950-38-0093-5).
- ⁴⁶ Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Edición 2013. Ministerio de Salud.

ANEXOS

ANEXO 1.**Tabla 1.** Distribución de la muestra según provincia.

PROVINCIA	Nro.	%
Ciudad de Bs. As.	151	13,9
Córdoba	191	17,5
Gran Buenos Aires	176	16,1
Mendoza	165	15,1
Misiones	99	9,1
Río Negro	178	16,3
Salta	130	11,9
Totales	1090	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Características sociodemográficas del grupo estudiado.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS*	Nro	%
Nivel de instrucción de la gestante (n=1085)		
Analfabeta	1	0,1
Primaria incompleta	28	2,6
Primaria completa	131	12,1
Secundaria incompleta	248	22,9
Secundaria completa	406	37,4
Terciaria /Universitaria	271	25,0
Gestante con actividad laboral (n = 1079)	452	41,9
Estabilidad laboral de la persona con mayores ingresos (n= 1004)		
Menos de 6 meses	106	10,6
Más de 6 meses	898	89,4
Ingresos mensuales del grupo familiar (n= 1056)		
< al segundo decil	119	11,3
Entre el segundo y cuarto decil	335	31,7
> al cuarto decil	602	57,0
Posee cobertura social (n= 1085)	479	44,2
Tipo de familia (n= 1074)		
Nuclear	720	67,2
Extendida	180	16,8
Ensamblada	28	2,6
Mononuclear	29	2,7
Extendida mononuclear	116	10,7

* Número y porcentaje de mujeres con respuesta positiva.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Características de los neonatos

Sexo	Nro	%
Femenino	562	51,6
Masculino	527	48,4
Defectos congénitos		
Sin defectos	1073	98,7
Con defectos menores	10	0,9
Con defectos mayores	4	0,4
Categorías de peso al nacer		
Bajo peso (< 2500 g)	55	5,05
Peso insuficiente (2500 a 2999 g)	232	21,28
Normal (\geq 3000 a 4000 g)	752	68,99
Alto peso (> 4000 g)	51	4,68
Adecuación del peso al nacer para la edad gestacional		
Bajo peso	18	1,66
Peso normal	1045	96,2
Peso elevado	23	2,1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Características antropométricas de las mujeres al inicio del estudio.

	Media ± DE	Mediana (Pc 25-75)
Talla (m)	1,59 ± 0,06	1,59 (1,55 - 1,64)
Peso previo al embarazo (kg)	60,1 ± 12,5	58 (52 - 66)
IMC previo al embarazo (kg/m ²)	23,4 ± 4,3	22,4 (20,4 - 25,2)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Ganancia de peso promedio según IMC al inicio del embarazo.

Índice de Masa Corporal inicial	Ganancia de peso a la semana 38 (kg) Media ± DE	Rangos de ganancia de peso propuestos por el Instituto de Medicina (kg)
< 19,8 (n =155)	12,2 ± 3,9	12,5 - 18
19,8 - 26 (n = 658)	12,1 ± 4,3	11,5 - 16
> 26 - 29 (n =123)	12,1 ± 5,0	7 - 11,5
> 29 (n = 104)	10,2 ± 4,8 *	7

* diferencia significativa con los demás grupos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Prevalencia de categorías de peso al nacer según IMC inicial.

IMC materno inicial	Peso al nacer (% de niños)			
	< 2500 g	2500 - 2999 g	3000 - 4000 g	> 4000 g
< 19,8	8,1	32,3	56,5	3,1
19,8 - 26	4,6	21,5	70,4	3,5
>26 -29	4,8	13,7	74,2	7,3
> 29	3,6	12,5	72,3	11,6

 $\chi^2 = 41,0591$ p = 0,000

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Ganancia de peso total según categoría de peso al nacer.

Peso al nacer	X ± d.e. (kg)	IC 95%
< 2500 g (n=47)	8,90 ± 0,62*	7,64 – 10,15
2500 – 2999 g (n=223)	10,53 ± 0,26	10,02 – 11,04
3000 – 4000 g (n=723)	12,30 ± 0,15*	11,98 – 12,59
> 4000 g (n=47)	15,55 ± 0,90*	13,74 – 17,36

* significativamente diferentes de todas las demás

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Velocidad de ganancia de peso y de IMC según edad gestacional. Datos promedio, entre paréntesis Intervalo de Confianza 95%.

Edad gestacional (semanas)	Ganancia en kg	IMC
Menos de 16	1,24 (1,12- 1,35)	24,32 (24,01 - 24,62)
De 16,1 a 20	2,02 (1,91-2,12)	24,90 (24,54 – 25,26)
De 20,1 a 24	2,16 (2,06 – 2,26)	25,72 (25,39 – 26,05)
De 24,1 a 28	2,07 (1,98 -2,17)	26,59 (26,27 – 26,91)
De 28,1 a 32	1,84 (1,74-1,94)	27,23 (26,89 – 27,57)
De 32,1 a 36	1,96 (1,86-2,10)	28,02 (27,68 – 28,35)
De 36,1 a 40	2,26 (2,08 -2,42)	28,20 (27,84 – 28,57)

Fuente: Elaboración propia.

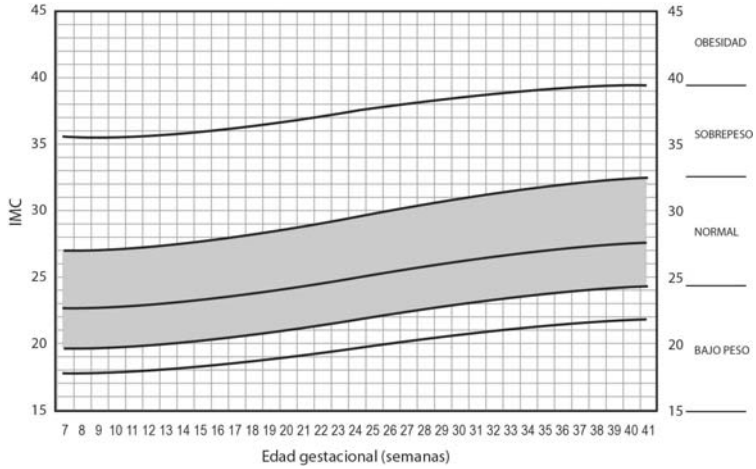
Tabla 9. Valores de la CMB y los pliegues cutáneos al inicio del embarazo (semana 16) y a las semanas 28 y 36 de gestación según el peso del recién nacido (promedio e IC 95%).

	Edad gestacional < 16 semanas	Edad gestacional 28 semanas	Edad gestacional 36 semanas
CMB (cm)	25,7 (25,5 – 26)	26,9 (26,6 – 27,2)	27,5 (27,2 – 27,8)
Peso al nacer < 3000 g	24,5 (23,9-24,9)	25,5 (25,0 – 26,1)	26,4 (25,7 – 27,0)
Peso al nacer > 3000 g	26,3 (25,9 –26,5)	27,4 (27,1 – 27,7)	28,0 (27,6 –28,3)
Pliegue Bicipital (mm)	10,1 (9,7 – 10,6)	11,7 (11,3 – 12,2)	12,8 (12,4 – 13,3)
Peso al nacer < 3000 g	8,3 (7,7-8,9)	10,1 (9,4 – 10,7)	11,3 (10,6 - 11,9)
Peso al nacer > 3000 g	11,0 (10,5-11,5)	12,5 (11,9 – 13,1)	13,5 (12,9 - 14,1)
Pliegue Tricipital (mm)	19,2 (18,5 – 19,8)	21,5 (20,8 – 22,1)	23,0 (22,3 – 23,7)
Peso al nacer < 3000 g	16,1 (15,0-17,3)	18,6 (17,5 – 19,8)	19,9 (18,8 - 20,9)
Peso al nacer > 3000 g	20,6 (19,8-21,4)	22,8 (22,0 – 23,6)	24,4 (23,6 - 25,1)
Pliegue Subscapular (mm)	19,4 (18,8 – 20,1)	22,4 (21,7 – 23,1)	24,2 (23,5 – 24,9)
Peso al nacer < 3000 g	16,9 (15,8-17,9)	19,9 (18,8 – 21,0)	21,9 (20,9 - 22,9)
Peso al nacer > 3000 g	20,7 (19,9-21,5)	23,6 (22,7 – 24,4)	25,2 (24,3 - 26,1)

Fuente: Elaboración propia.

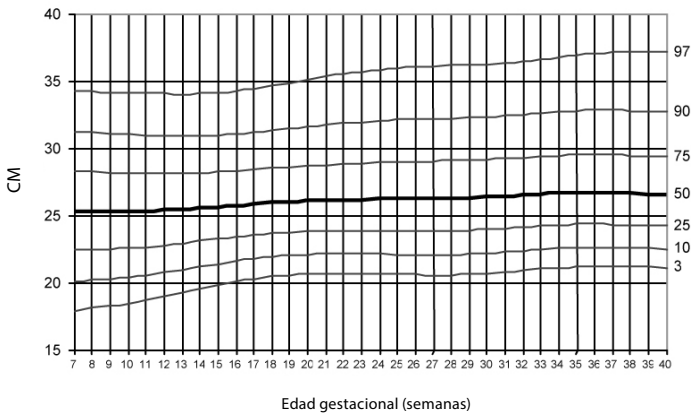
ANEXO 2.

Gráfico 1. IMC según edad gestacional.



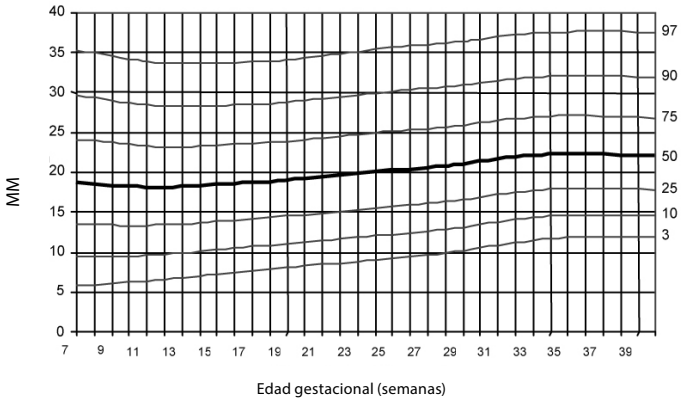
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Circunferencia media del brazo según edad gestacional.



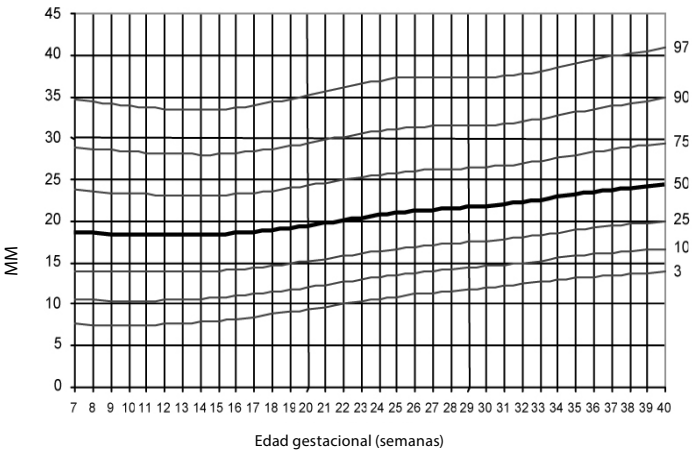
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Pliegue tricipital para la edad gestacional.

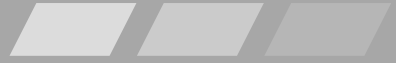


Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. Pliegue subescapular para la edad gestacional.



Fuente: Elaboración propia.



CONDICIONES SUBJETIVAS QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES PSICÓTICOS CON INTERNACIONES REITERADAS

**ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN
AGUDOS Y CRÓNICOS DR. ALEJANDRO KORN
(MELCHOR ROMERO, LA PLATA)
JUNIO 2008- JUNIO 2009**

BECARIA

Julieta De Battista

DIRECTOR

Alberto Justo

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

*Beca "Carrillo – Oñativia", 2008,
Estudio individual, Área Salud Pública, Comisión Nacional Salud Investiga
Ministerio de Salud de la Nación*

ÍNDICE

Responsables del estudio.....	63
Agradecimientos.....	64
Resumen y palabras clave.....	65
Introducción.....	66
Marco teórico.....	70
Objetivos.....	76
Metodología.....	77
Resultados.....	83
Conclusiones y Discusión.....	86
Impacto y relevancia de la investigación.....	91
Abreviaturas y acrónimos.....	94
Referencias bibliográficas.....	95
Bibliografía consultada.....	97
Anexos.....	99
Guía orientadora para la realización de entrevistas en profundidad.....	100
Planillas para la observación documentada de historias clínicas.....	101
Línea biográfico-asistencial.....	102
Casos A, B y C.....	103

RESPONSABLES DEL ESTUDIO

Autora

Julieta De Battista es Doctora en Psicopatología de la Université de Toulouse, Licenciada en Psicología y Especialista en Clínica Psicoanalítica con adultos de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Especialista en Clínica (Docencia e investigación) del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Es Profesora adjunta ordinaria a cargo de la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la UNLP e investigadora de la misma casa de estudios. Realizó su formación clínica en el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos (HIEAC) Dr. Alejandro Korn con una beca de residencia en Psicología. Fue también jefa de residentes. Actualmente es becaria posdoctoral del CONICET y fue becaria de la UNLP, del gobierno francés y de la Comisión Nacional Salud Investiga. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas especializadas y capítulos de libros en el área de Psicopatología Clínica y el Psicoanálisis, especialmente sobre la escucha analítica de las psicosis. Sus trabajos en investigación fueron premiados por el *Séminaire Inter-universitaire Européen d'Enseignement et de Recherche de la Psychanalyse et la Psychopathologie* en 2010, por la UNLP (Premio a la labor científica y tecnológica de jóvenes investigadores en 2012, distinción al mejor promedio de egresados de la licenciatura en Psicología en 2002 y de la Carrera de Especialización en 2013). La investigación que se presenta en este volumen obtuvo el primer premio del jurado de la Asociación Argentina de Salud Mental en 2010 y el Premio Salud Investiga 2013 en la categoría estudios individuales.

CONTACTO: julietadebattista@gmail.com

Director

Alberto Justo es Licenciado en Psicología y jefe del Servicio de Psicología del HIEAC Dr. A. Korn. Ha sido psicólogo de planta en la Casa de Peralta dependiente de esta institución y fue residente del mismo hospital. Se desempeñó como jefe de trabajos prácticos de la cátedra de Psicopatología I de la UNLP y como docente investigador en el marco de proyectos acreditados en el programa de incentivos. En la actualidad colabora en la formación de colegas de distintos hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, supervisando la práctica y transmitiendo conocimientos sobre la urgencia subjetiva y la clínica analítica de las psicosis.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Comisión Nacional Salud Investiga por haber financiado esta investigación con una beca de iniciación y por distinguir nuestro trabajo con el Premio Salud Investiga 2013, vaya nuestro reconocimiento por haber apoyado una investigación en el ámbito de la Salud Mental.

Mi agradecimiento también a la Asociación Argentina de Salud Mental que otorgó el Primer premio a este trabajo en 2010.

Agradezco especialmente al Lic. Alberto Justo quien dirigió esta investigación con entusiasmo, dedicación y compromiso; y a la Prof. Telma Piacente que realizó la revisión metodológica del proyecto.

Gracias a los directivos de la revista *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* que publicaron por primera vez los resultados de este estudio y autorizaron gentilmente la difusión de los contenidos en este libro.

Mi agradecimiento también a los directivos del HIEAC Dr. A. Korn, a los miembros del Comité de Docencia e Investigación, a la planta de profesionales y demás personal administrativo de la institución, que con su ayuda y buena predisposición hicieron posible la consecución de esta investigación en los difíciles tiempos que corren para la Salud Pública argentina.

Mi reconocimiento a mis compañeros de Residencia y a los profesionales del hospital que contribuyeron a mi formación y en cuyos debates e interrogantes clínicos se gestó la idea de llevar adelante este proyecto.

Mi más sincero agradecimiento para los pacientes que aceptaron participar en este estudio aportando su testimonio y para todos aquellos que desde el silencio de su padecer causaron en mí la iniciativa de esta investigación.

RESUMEN

Esta investigación abordó el problema de la incidencia de las condiciones subjetivas en las internaciones reiteradas de pacientes psicóticos por abandono del tratamiento en el HIEAC Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero. La falta de adhesión al tratamiento es la principal causa de reinternación en este hospital, llegando a una tasa de 57 % en el año 2007.

Los estudios sobre el tema enfatizan la influencia de factores de orden farmacológico correlativos a problemas socioeconómicos. Esta investigación se propuso explorar la incidencia de las condiciones subjetivas en las reinternaciones, definidas desde un marco teórico psicoanalítico como la posibilidad de realizar un trabajo de tramitación sobre el malestar, las coyunturas de las crisis y los recursos de la estabilización (trabajo auto-curativo).

Se utilizó una metodología de corte cualitativo para un diseño exploratorio, a partir de la triangulación de técnicas (entrevistas en profundidad semi-estructuradas y observación documentada de historias clínicas). En los cinco casos estudiados pudo detectarse que la posición subjetiva incide en la continuidad/discontinuidad del tratamiento. La presencia de un trabajo auto-curativo de elaboración implicó para cada paciente un aumento de las posibilidades de detección de los síntomas prodrómicos, evitando así el agravamiento de las crisis, con un consecuente impacto en la detención de los reingresos.

En la discusión se evalúa el posible papel que tendrían las estrategias asistenciales como facilitadoras u obstaculizadoras de la puesta en marcha de este trabajo de tramitación.

PALABRAS CLAVE

Condiciones subjetivas - Internaciones reiteradas - Abandono de tratamiento - Psicosis – Psicoanálisis - HIEAC Dr. A. Korn.

INTRODUCCIÓN

Estado de la cuestión:

El problema de las reinternaciones psiquiátricas

En mi experiencia como residente de Psicología del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn (en adelante abreviamos por HIEAC Dr. A. Korn) durante los años 2003-2008 noté que la mayor parte de los pacientes contaban con varias internaciones en el hospital, algunos incluso superaban la veintena. En varios casos las altas y reinternaciones se sucedían asombrosamente. El paciente se iba de alta y a los pocos días era reinternado. Al cabo de unos años de trabajo en el hospital ya había pacientes que todos conocíamos por la cantidad de veces que habían sido internados. Sin embargo, la sucesión de internaciones no resolvía el problema sino que lo agravaba. El hecho de ser un caso “ya conocido” por los profesionales no mejoraba la eficacia del abordaje. El peregrinar de los pacientes por los distintos servicios no contribuía tampoco a reducir las internaciones. Las hospitalizaciones se reiteraban y el recorrido del paciente finalizaba en alguna sala destinada a los pacientes llamados “crónicos”, aquellos con quienes se lo había intentado todo y no se había logrado nada. Curiosamente era desde allí que algunos lograban externarse y rearmaban una vida alejada de las pulsaciones de las altas y las hospitalizaciones. Pero, ¿qué era lo que no resultaba operativo en un principio y se revelaba eficaz al final?

El Ministerio de Salud de la República Argentina plantea en el Plan Federal de Salud 2004-2007 que la Salud Mental es una de las áreas de importancia sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas, pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina”¹, señalando de esta manera que se trata de un área de vacancia en la investigación en Salud Pública.

Las internaciones reiteradas constituyen una problemática de interés práctico, ya que el tratamiento que la hospitalización brinda es de un alto costo económico y requiere de la utilización de recursos complejos. La reinternación frecuente de pacientes genera a su vez la pregunta por la adecuación y eficacia del tipo de estrategia que se ha implementado en estos casos.²⁻³

La orientación mundial en el abordaje de los pacientes psiquiátricos crónicos tiende a la descentralización de la atención y a la desmanicomialización a partir de la creación de estructuras intermedias y de dispositivos de atención de los episodios agudos en los hospitales generales, priorizando el tratamiento ambulatorio.⁴⁻⁶ Varios países de Latinoamérica han comenzado a implementar este

modelo, por ejemplo en Chile bajo la forma del abordaje comunitario⁷ o en Brasil con la rehabilitación psicosocial.⁸ Argentina se suma a esta tendencia a partir de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 sancionada el 25 de noviembre de 2010 y reglamentada el 29 de mayo de 2013.⁹ En los años por venir se abre el desafío de su implementación en la práctica a partir del sistema ya existente.

Es necesario aclarar que esta investigación se llevó a cabo entre 2008 y 2009, es decir previamente a la sanción de la nueva ley. No obstante, el problema que trata es sumamente importante para el escenario de su aplicación. Puede decirse que la ley 26657 trae consigo la urgencia de resolver el problema de las internaciones reiteradas, dado que considera a la medida internativa como el último recurso a utilizar en la intervención. En 2014 más que en 2007, se vuelve entonces necesario conocer los múltiples condicionantes que inciden en las reingresos.

El HIEAC Dr. A. Korn es una de las instituciones neuro-psiquiátricas más grandes de Latinoamérica. En 2007 contaba con cerca de 1200 camas para la internación psiquiátrica, en la actualidad ese número se ha reducido notablemente. En este contexto y con más fuerza en los dos últimos años, la externación de pacientes ha sido un problema prioritario para las políticas en salud mental de este nosocomio. No obstante, en la práctica, el número de internaciones no decrecía en el año en que se llevó a cabo el estudio y el problema de la falta de plazas era una constante cotidiana de los servicios, señalando que el neuropsiquiátrico lejos de vaciarse estaba cada vez más superpoblado. Para sostener una estrategia de externación y descentralización sustentable resulta de interés el estudio detallado de los condicionantes de las reinternaciones y los factores, sin dudas múltiples, actuantes en las mismas.

El problema acuciante exige la implementación de nuevas estrategias, ya que las hospitalizaciones reiteradas sobrecargan el sistema, agotan el recurso y generan un alto costo para el estado que no redundan en el beneficio esperado.

Esta problemática no es meramente local. Numerosos estudios realizados en otros países apuntan a determinar cuáles son los factores causantes de las readmisiones en pos de disminuir la tasa de rehospitalización considerada como un índice de la ineficacia del sistema hospitalario.^{3,10-11} El asunto continúa siendo de actualidad, aun cuando las investigaciones sobre el tema se remontan a varias décadas atrás, señalando la persistencia del problema y el fracaso de las estrategias implementadas para resolverlo. Algunos estudios han demostrado que el problema de las internaciones recurrentes se presenta con características similares en países con condiciones sociales, culturales y económicas muy diferentes.¹⁰

Las Memorias Anuales de la oficina de Estadística del HIEAC Dr. A. Korn correspondientes al 2008 revelan que de un total de 737 ingresos, 426 fueron reingresos (es decir, el 57%, el mismo porcentaje que ya mostraban las estadísticas 2007). Tendencia que, por otra parte, demuestra ir en alza ya que en 2006 las reinternaciones representaban el 53% de los ingresos.¹² Un estudio realizado en Brasil en 2004 muestra porcentajes similares de reinternación en hospitales psiquiátricos.¹³

El Dr. Cattáneo, jefe del Servicio de Atención en Crisis (en adelante SAC) y de la guardia de Psiquiatría donde se decide la internación del paciente en el HIEAC Dr. A. Korn, señalaba en 2006 que gran parte del recurso del que disponía su servicio se encontraba afectado por el número de reingresos que podrían deberse, según el autor, al fenómeno de la “puerta giratoria” o *revolving door*, ya descrito en la bibliografía sobre el tema.^{2,3,11,13-15} Asimismo destacaba: “No es deseable que los pacientes crónicos ocupen camas y espacios terapéuticos por descompensaciones evitables, las que dejan de estar disponibles para casos agudos. Si bien el tratamiento de pacientes egresados del HIEAC Dr. A. Korn implica otros dispositivos asistenciales y sociales, en la práctica el SAC se encuentra en una situación dissociada del resto de estos recursos en la mayoría de las situaciones”.² Este autor subraya que en 2006 no había un trabajo coordinado entre los servicios en función de la externación y también que el recurso a la reinternación podría mostrar que otras modalidades de abordaje habían resultado insuficientes.

Se resalta así la falta de eficacia del servicio prestado con respecto a las necesidades de atención de la población y sus consecuencias en la calidad de la asistencia que se brinda a los ciudadanos afectados en su salud mental.

El Dr. Cattáneo sitúa que la causa principal de reinternaciones en el HIEAC Dr. A. Korn es el abandono o incumplimiento del tratamiento y adjudica las razones del mismo a las grandes distancias que separan la vivienda del paciente del hospital y a los problemas económicos que no siempre permiten asegurar el acceso al recurso farmacológico. En esta ponderación de la situación que realiza el especialista los condicionantes principales son de carácter médico (abandono del tratamiento), social (necesidades no satisfechas de techo y comida), económico (falta de acceso a la medicación, alto costo de los tratamientos) y familiar (falta de contención y acompañamiento en el tratamiento).

La mayoría de los estudios sobre reingresos de pacientes psicóticos intenta determinar los factores de rehospitalización y los autores coinciden en destacar la falta de adhesión al tratamiento como uno de los principales.^{2,11,16-20} Algunas investigaciones restan importancia a los factores socio-económicos por no considerarlos significativos para explicar el fenómeno y enfatizan en cambio la juventud del paciente, el diagnóstico de esquizofrenia, la duración de la primera

internación y los intervalos entre las internaciones como factores de peso a la hora de evaluar el riesgo de readmisión.¹⁰

En un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo sobre causas de rehospitalización de pacientes psicóticos realizado en 2006 en el HIEAC Dr. A. Korn, se llegó también a la conclusión de que el motivo más frecuente de reinternación era el abandono del tratamiento, según constaba en las historias clínicas analizadas (en adelante abreviamos por HC): el 68% de los casos consignaba la falta de adhesión como motivo de ingreso.²¹ Las variables determinantes del abandono no pudieron ser suficientemente evaluadas, pero los autores sugieren que el uso de medicación anti-psicótica típica con sus frecuentes efectos adversos (44 % de los casos) así como la indicación de clozapina con la necesidad del control hematológico reglamentario (50% de los antipsicóticos atípicos utilizados), podrían influir negativamente en la adhesión al tratamiento.

También se destacó que el 53 % de los pacientes reingresados provenían de la Región Sanitaria VI, no correspondiente al área programática del hospital, concluyendo que esta condición dificultaría el acceso al sistema de atención, favoreciendo el abandono del tratamiento.

Se vuelven a enfatizar factores de orden socio-económico como preponderantes para explicar el abandono del tratamiento. Sin embargo, cabe destacar que en ese momento hacía ya siete años que se había implementado en el HIEAC Dr. A. Korn el Sistema de Altas en Red, que tiene como finalidad asegurar la provisión de medicación para aquellos pacientes que no pertenecen al área programática del hospital. El sistema se puso en práctica justamente para resolver el problema del acceso a la medicación. O bien la eficacia de esta medida no resulta suficiente o bien es necesario incluir otras variables que no han sido objeto de consideración para intentar avanzar en la comprensión de los múltiples condicionantes de las reinternaciones.

El balance de la literatura sobre el tema muestra que los factores enfatizados en el abandono del tratamiento son preponderantemente de orden económico, social o médico, acentuándose el papel del abandono del tratamiento psicofarmacológico. Nótese que se produce aquí un deslizamiento en tanto que el tratamiento parece equivaler a la toma de la medicación y, por lo tanto, el abandono del mismo se reduce a una falta de adhesión al tratamiento farmacológico. En los estudios citados no se consideran tratamientos que no sean farmacológicos, por ende, se produce una ecuación donde el tratamiento equivale al suministro del fármaco y el abandono del tratamiento a no tomar la medicación. Este deslizamiento pone de manifiesto un supuesto subyacente. La mayor parte de los estudios que se han ocupado de la problemática de las reinternaciones se

fundamentan en una concepción organicista del enfermo mental y estudian, por consiguiente, la influencia de las distintas medidas psicofarmacológicas en la adhesión al tratamiento.²²

No hemos hallado investigaciones sobre la reinternación de pacientes psicóticos que consideren la incidencia de la posición subjetiva en el abandono del tratamiento¹. Algunos autores enrolados en el psicoanálisis francés han destacado la importancia del trabajo de localización de los fenómenos elementales particulares de las psicosis con el paciente y su impacto en la concientización e instalación del tratamiento psicoterapéutico en instituciones, pero esta línea de investigación no ha sido continuada ni retomada desde entonces.²⁴

MARCO TEÓRICO

Las diferentes concepciones de las psicosis

Ya hemos indicado que los estudios revisados suponen una concepción de las psicosis que difiere de acuerdo a la posición teórica desde la cual se la aborde (aun cuando no siempre sea explicitada). Estos supuestos son de importancia ya que la idea que se tiene del síntoma define el tipo de tratamiento que se impone y las prácticas consideradas pertinentes para esos casos. A los fines de este estudio, resulta relevante destacar que la concepción psiquiátrica de la psicosis es preponderante y hegemónica en el hospital neuropsiquiátrico. Pasaremos a detallar qué elementos contempla.

El campo de la enfermedad mental nace a finales del siglo XVIII asociado a la práctica médica y al surgimiento del asilo como modalidad de tratamiento basada en el aislamiento.²⁵⁻²⁷ Es en este contexto que se constituye un primer saber sobre la locura que luego se verá modificado en sus posibilidades de intervención a partir de la introducción de los primeros neurolépticos.

En la actualidad, el consenso de la comunidad científica en psiquiatría se difunde bajo la forma de manuales diagnósticos y estadísticos que intentan categorizar y tipificar el padecimiento mental de acuerdo a la descripción supuestamente a-teórica de distintos trastornos. Se tomará como referencia para la concepción psiquiátrica de la psicosis la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (*CIE 10*)²⁸, por tratarse del instrumento utilizado para el diagnóstico por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, del

¹ Se cuenta con algunos estudios sobre la esquizofrenia que abordan la cuestión desde un punto de vista fenomenológico, apoyándose en una concepción de la subjetividad como autoconciencia, sin abocarse al problema del abandono del tratamiento y de las reinternaciones.²³

cual depende el HIEAC Dr. A. Korn. Dado que los casos estudiados habían sido diagnosticados según la CIE 10 como esquizofrenia, retomaremos la descripción de esta categoría.

En dicho manual se sostiene que la esquizofrenia es el cuadro más frecuente y más importante dentro de las psicosis, cuyo código se agrupa de F20 a F29. A continuación seguimos al pie de la letra la concepción allí expuesta. Según la *CIE 10*, "los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos (o tener sus cualidades y características alteradas) y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

La perplejidad es frecuente desde el comienzo y suele acompañarse de una creencia en que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así, el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro, y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos.

Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual

de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Mirando retrospectivamente puede aparecer de forma clara una fase prodrómica en la cual aparecen ciertos síntomas, como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación que preceden al inicio de los síntomas psicóticos en semanas o incluso meses.”²⁸

De lo anteriormente expuesto, se desprende que la concepción psiquiátrica del síntoma psicótico en su variedad esquizofrénica enfatiza la vertiente deficitaria, puesta de manifiesto en la cantidad de partículas verbales que en la nominación de los trastornos señalan la ausencia de alguna capacidad que debería estar: disgregación, abulia, incongruencia, pérdida del juicio crítico, distorsiones, déficits cognoscitivos, etc. La concepción del síntoma es consecuente con el tipo de tratamiento asignado: la supresión de lo que es considerado anormal y el control de lo que se manifiesta como un desorden frente a una normalidad supuesta. Desde esta concepción, el tratamiento por antonomasia es el psicofármaco que apunta a la reducción del síntoma entendido como un desarreglo.

La teoría psicoanalítica, en cambio, subvierte el par normal-patológico otorgándole al síntoma un nuevo valor: el de ser el resultado de un trabajo psíquico que brinda una solución temporaria a un conflicto subjetivo. En la teoría freudiana el aparato psíquico tiene la tarea de domeñar los estímulos provenientes tanto del exterior como del interior del cuerpo. Estos estímulos originan un cúmulo de excitación que el aparato intentará reducir vía un trabajo de inscripción psíquica, ya que generan para el psiquismo una exigencia de trabajo, una exigencia de tramitación.²⁹

Este proceso de tramitación no obedece a un mecanismo meramente intelectual ni cognitivo sino que implica el trabajo con representaciones cargadas por cierto monto de afecto y que son en su mayoría inconcientes. Estas representaciones se rigen por la legalidad del sistema psíquico en el que se encuentran (Consciente- Preconsciente- Inconsciente). Es decir que el aparato psíquico freudiano trabaja sobre materiales que son heterogéneos en su composición: representaciones y afectos, pudiéndose entonces concluir que la tramitación psíquica logrará domeñar sólo en parte el montante energético sin que esto signifique que lo extinga, por ende el sujeto freudiano está siempre en conflicto.

La salud o la enfermedad es una cuestión de dinámica psíquica y no de degeneración del psiquismo o de déficit orgánico. Lacan ha rescatado esta relectura de los conceptos freudianos, ubicando que la condición del ser humano en el lenguaje implica una falla estructural. No se trata entonces de la enfermedad

mental entendida como déficit individual. La inconmensurabilidad entre simbólico y real conlleva que el psiquismo no podrá nunca tramitar íntegramente ese exceso energético constante que Freud llama pulsión, será cuestión de cada sujeto el tomar una posición singular ante ese exceso que resulta traumático. El modo de ubicarse y las reacciones son propias de cada uno. No se trata de una elección consciente ni voluntaria, sino de una *"insondable decisión"*³⁰ que tiene sus consecuencias sobre las modalidades de satisfacción de las que es capaz cada sujeto.

Desde esta concepción, el síntoma no es un déficit a suprimir sino un modo subjetivo singular de tramitar psíquicamente la energía heterogénea proveniente de lo endógeno y del Otro, aportando una solución a un conflicto entre instancias psíquicas. Esta solución es fruto de una operación defensiva frente a lo traumático, es decir, aquello que no logra inscribirse psíquicamente y que implica un montante energético sin tramitación. Esta defensa no obedece a la voluntad del individuo y los resortes de su mecanismo escapan a la conciencia. Así el síntoma cobra un valor de producción psíquica, muy lejano de un valor deficitario. No es algo a suprimir sino más bien una solución subjetiva a respetar, implica un beneficio primario para el aparato en tanto introduce una solución al conflicto, es un modo de tolerar la vida, cierto que a veces más logrado que otras.

Desde esta perspectiva, el padecimiento emergente en un momento dado indica que algo se ha desarreglado en las modalidades que ese sujeto en particular había encontrado para soportar la existencia.

En este marco, la psicosis no es considerada un déficit sino una posición del sujeto que se caracteriza por una modalidad defensiva radical: el rechazo.³¹ Freud encuentra una lógica en la psicosis y considera que no se trata meramente de caos o desorganización, sino que el delirio es ya una tentativa de curación, un trabajo auto-curativo en el sentido del trabajo de tramitación que introduce a través de la palabra.²⁹ Esta teoría considera en la clínica no sólo los momentos de crisis, sino también los intentos de restablecimiento que se apoyan en un trabajo del sujeto y que le permiten encontrar una modalidad para tratar el malestar y hacer la existencia soportable.³² El "saber-hacer"³³ que implica el síntoma -la capacidad de arreglárselas con el malestar- nos introduce en una dimensión creativa y productiva donde el sujeto psicótico no se reduce a ser mero testigo del asedio de las alucinaciones, sino el agente, el artífice de su propia solución.

Es posible entonces introducir una diferencia, que conlleva grandes implicancias clínicas, entre los momentos de crisis donde el trabajo del sujeto no es posible y los momentos en que el psicótico está en posición de tratar su malestar mediante un trabajo auto-curativo. Este "trabajo auto-curativo" -denominación

que proponemos en esta investigación para designar la incidencia de las condiciones subjetivas -, no se reduce necesariamente al trabajo delirante sino que contempla otras modalidades y procedimientos (que incluso pueden resultar compatibles con la instauración de lazos sociales).

Como mencionábamos, es necesario diferenciar clínicamente los momentos de "crisis subjetivas" - es decir el punto en que el arreglo sintomático que el paciente encontró ya no resulta eficaz en su tratamiento de lo real y el sujeto no se encuentra en condiciones de llevar adelante un "trabajo auto-curativo"-, de los momentos de estabilización - que proporcionan las claves de las soluciones posibles para ese sujeto en particular y que lo encuentran en una posición activa -. En el primer caso podemos hablar de "muerte del sujeto" porque justamente no se pueden detectar índices de una tramitación. En términos freudianos, el aparato psíquico es inundado por sumas de excitación que no puede dominar. En el segundo caso estamos en presencia de un trabajo subjetivo cuyos índices clínicos pretende deslindar esta investigación con el fin de evaluar su incidencia en el ingreso de pacientes psicóticos por abandono de tratamiento.

De esta manera, tanto las crisis como las estabilizaciones responden a una estructura, una configuración subjetiva singular donde el padecimiento tiene una lógica que se anuda a la historia de cada uno y donde los síntomas tienen una función en su economía subjetiva que se vuelve necesario deslindar. Puede retomarse en este punto la metáfora freudiana a modo de ilustración: "Si arrojamos un cristal al suelo se hace añicos, pero no caprichosamente, sino que se fragmenta siguiendo líneas de escisión cuyo deslinde, aunque invisible, estaba comandado ya por la estructura del cristal. Unas tales estructuras desgarradas y hechas añicos son también los enfermos mentales." ³⁴ Aun en el aparente caos de la crisis hay una lógica y las líneas de fragilización de la estructura pueden orientarnos sobre el arreglo posible. Desde esta concepción psicoanalítica, se trata entonces de ser dócil a las posiciones subjetivas del paciente³⁵, que nos darán la clave de su auto-curación.

El problema a investigar: La incidencia de las condiciones subjetivas.

El problema de esta investigación es formulado en los siguientes términos: ¿puede detectarse una incidencia de las condiciones subjetivas -de este trabajo de tramitación, de auto-curación o de la ausencia del mismo- en el abandono de tratamiento que motiva las internaciones reiteradas? De ser así, ¿cómo actuarían?

En esta investigación se consideró como hipótesis de trabajo que la exploración de las modificaciones en las condiciones subjetivas de los pacientes psicóti-

cos reinternados podría esclarecer qué incidencia tiene la posición del paciente ante al tratamiento en la continuidad/discontinuidad del mismo.

El objetivo de la investigación fue realizar un estudio exploratorio que permitiera identificar clínicamente la acción de estas condiciones, localizar su posible influencia en la continuidad y en el abandono de los tratamientos y formalizar un instrumento de lectura clínica que posibilite la consideración de las mismas en el trabajo con estos pacientes.

Relevancia de la investigación

El estudio propuesto resultó ser de relevancia, ya que permitió complejizar la comprensión de los condicionantes de las reinternaciones aportando conocimientos sobre factores poco estudiados y proporcionando a su vez a los trabajadores de la salud mental nuevas herramientas que colaboran en la evaluación y diagramación de estrategias asistenciales para este grupo de pacientes, cuyo alto grado de vulnerabilidad es manifiesto.

No se cuenta con estudios sobre este tópico en particular desde esta perspectiva. Llama la atención la falta de consideración de la variable subjetiva en el tratamiento de la temática de las reinternaciones. Entendemos que la inclusión de las condiciones subjetivas renueva la problemática del abandono del tratamiento, en tanto se apunta a determinar los aspectos productivos y creativos de una estabilización, las modalidades de auto-curación y no solamente los aspectos deficitarios, la falta de adhesión al tratamiento. Por otra parte, la presencia de un trabajo auto-curativo conlleva la ganancia de que no es abandonado por el paciente porque es él mismo quien lo realiza, por lo tanto, la exploración de estas condiciones subjetivas permitiría una salida de la antinomia clínica: abandono del tratamiento-adhesión al tratamiento, incluyendo la variable de la auto-curación.

A continuación, se detallan los objetivos propuestos por esta investigación y la metodología escogida para alcanzarlos. En el apartado de Resultados y en los casos que se encuentran en el Anexo se esbozan los interrogantes sobre las estrategias asistenciales más apropiadas para estos pacientes. En la Discusión, se retoman estos interrogantes a los fines de la generación de nuevas hipótesis concernientes a la producción subjetiva en el marco de determinadas estrategias institucionales.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Realizar un aporte al conocimiento de la múltiple red de factores que inciden en la reinternación de pacientes psicóticos por abandono de tratamiento en el HIEAC Dr. A. Korn.
- Analizar la influencia que pueden ejercer las condiciones subjetivas en este tipo de rehospitalizaciones.

Objetivos específicos

- Caracterizar desde un punto de vista psicológico al paciente psicótico reingresado por abandono de tratamiento en el HIEAC Dr. A. Korn.
- Determinar lo que motivó la internación, los tipos de tratamiento recibidos y las razones de su abandono, tanto desde el punto de vista de la institución como desde el de la experiencia subjetiva del paciente.
- Detectar e identificar la presencia o ausencia de índices clínicos de una tramitación subjetiva de la coyuntura desencadenante, del padecimiento, de los pró-dromos de la crisis y de los recursos de la estabilización.
- Establecer el efecto de la presencia o ausencia de un trabajo auto-curativo.
- Reflexionar sobre las modalidades asistenciales más pertinentes para este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño

La estrategia metodológica utilizada en el abordaje del problema propuesto fue un diseño cualitativo para un estudio de tipo exploratorio. La metodología cualitativa define su especificidad en que “permite comprender los significados que los sujetos asignan a las cosas y a los demás sujetos, así como a las relaciones de las unas y los otros. Su meta es recuperar el sentido de las acciones humanas”.³⁶ Los métodos de tipo cualitativo conllevan una perspectiva que privilegia el interés por acceder al problema a partir del punto de vista de los sujetos investigados.³⁷

La forma de aproximarse a los problemas que tienen las investigaciones cualitativas se halla en vinculación estrecha con su utilidad particular y diferente de la inherente a los métodos cuantitativos. Estos últimos demuestran sus limitaciones a la hora de aproximarse a la complejidad de la experiencia subjetiva. La metodología cualitativa se utiliza con frecuencia en la investigación en Ciencias Sociales y se conocen sus múltiples aplicaciones en el campo de las Ciencias de la Salud en pos de conocer las experiencias de los usuarios sobre la enfermedad y los servicios sanitarios. Por otra parte, este tipo de metodología es muy útil cuando existe una gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto temático investigado, como ocurre en el caso de la enfermedad mental.

En función de los objetivos propuestos para esta investigación se consideró que este tipo de estrategia era la apropiada para explorar las condiciones subjetivas actuantes en el abandono del tratamiento de los pacientes psicóticos reinternados en el HIEAC Dr. A. Korn. El análisis cualitativo de los datos permitió conocer mejor la realidad de nuestros pacientes y aportó información de gran riqueza en la profundidad del análisis.

Descripción de la unidad de análisis y de la muestra

El universo o población objetivo estuvo constituido por pacientes psicóticos reingresados por abandono del tratamiento en el HIEAC Dr. A. Korn y que, al momento de la investigación, se hallaban externados. Se trataba de pacientes² considerados graves y de pronóstico reservado, dada la cantidad de reinternaciones y el fracaso de las estrategias asistenciales implementadas.

² A los fines de este trabajo, se prefiere la denominación de “paciente” a la de participante, ya que refleja la condición asistencial en la cual se encontraban los sujetos de esta investigación y preserva su relación con la institución, cuestión que ha resultado de significación para el estudio. Se aclara que la relación asistencial se sostenía con el hospital y no así con la investigadora que llevó a cabo el proyecto.

El ámbito de estudio donde se realizó la investigación fue el Servicio de Externación del hospital, específicamente en el dispositivo de Casa de Prealta que cuenta con una sede en la ciudad de La Plata, en la que se llevan a cabo los talleres productivos y artísticos. A su vez, de este servicio dependen casas de convivencia donde se alojan algunos pacientes. El equipo tratante incluye a médicos psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, artistas y enfermeros, que se reúne semanalmente para discutir las estrategias a implementar en cada caso. El servicio se encuentra coordinado con el Centro de Rehabilitación Psicosocial y los sectores de Agudos, Subagudos y Crónicos que funcionan en el hospital sede (Melchor Romero). El dispositivo de Casa de Prealta trabaja tanto con pacientes de ambos sexos, aunque cuenta notablemente con mayor cantidad de casos de pacientes hombres.

La unidad de análisis del estudio fue el paciente psicótico con internaciones reiteradas motivadas por el abandono de tratamiento.

La categoría “paciente psicótico” se definió teóricamente desde la concepción psiquiátrica consensuada en la *CIE 10* (Ver marco teórico). Se consideró pertinente definirla de esa manera por que la investigación se llevó a cabo en un Hospital Neuropsiquiátrico donde los diagnósticos de ingreso a la institución se realizan siguiendo las normativas de dicha clasificación. Por otra parte, esa definición es congruente con los criterios de inclusión.

La categoría “abandono de tratamiento” se definió por haber sido consignado de esa manera el motivo de rehospitalización en la HC.

La categoría “internaciones reiteradas o reinternaciones” se define por la presencia de tres o más ingresos en la institución luego de un período de ensayo terapéutico.

Criterios de inclusión

- Diagnóstico de F 20 a F 29 (*CIE 10*) en su ingreso a la institución.
- Presencia de tres o más hospitalizaciones en la institución luego de un período de ensayo terapéutico.
- Motivo de internación consignado en la HC: abandono del tratamiento.
- Condiciones psíquicas favorables para sostener una entrevista y capacidad de expresión.
- Obtención del consentimiento informado por parte del paciente y de un familiar o su representante legal en caso de incapacidad legal o mental.

Criterios de exclusión

- Cuadros de episodios o sintomatología psicótica no codificables en F 20 - F29 (CIE 10)
- Primer y segundo ingreso.
- Internaciones no motivadas por abandono del tratamiento.
- Incapacidad de expresarse o imposibilidad de sostener una entrevista.
- Negación a dar consentimiento informado.

Se trabajó sobre una muestra de cinco casos de pacientes masculinos cuyas edades estaban comprendidas entre los 30 y los 60 años, cuyo diagnóstico era esquizofrenia paranoide. La selección de los casos se realizó en conjunto con los profesionales actuantes en el servicio y se consideró especialmente la predisposición de los pacientes a participar de la investigación. No se incluyeron pacientes mujeres, ya que el bajo número de casos con que cuenta el servicio dificultó la localización de aquellas que cumplieran con los criterios de inclusión.

Descripción de la técnica

Los procedimientos de obtención de datos incluyeron el acceso a material clínico a través de entrevistas en profundidad (fuentes primarias) y el estudio de las HC de los pacientes entrevistados (fuentes secundarias). De esta manera se pudo contar con datos tanto de orden prospectivo como retrospectivo, permitiendo la comparación entre los mismos y enriqueciendo el análisis.

Las entrevistas en profundidad constituyen “una herramienta básica de la investigación cualitativa y se caracterizan por reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras.”³⁸ Se llevaron a cabo bajo una modalidad semi-estructurada, orientadas por una clínica de la escucha de las condiciones subjetivas y guiadas en torno a despejar los siguientes puntos (Ver guía orientadora confeccionada para esta investigación en el Anexo):

- Posición subjetiva del paciente con respecto a los tratamientos recibidos: puntos eficaces y dificultades.
- Razones que da el paciente sobre el abandono del tratamiento y los motivos de internación.
- Localización de un malestar vinculado a la esfera mental.

- Presencia de una tramitación psíquica sobre la coyuntura desencadenante y los síntomas prodrómicos.
- Detección precoz por parte del paciente de indicios de una crisis.
- Reconocimiento de los recursos subjetivos, institucionales y sociales con los que cuenta el paciente para su estabilización.
- Localización de un profesional referente a quien acudir en caso de requerir ayuda.

Las entrevistas fueron acordadas con los pacientes y se realizaron en la Casa de Prealta. El número y la duración de cada entrevista variaron en función de cada paciente. Siendo la duración promedio de los encuentros de una hora y la cantidad de tres entrevistas.

La observación documentada posibilitó la obtención de datos de las HC de los pacientes entrevistados. Se creó una planilla para la sistematización de los datos y una línea histórico-asistencial (Ver Anexo), considerando:

- Motivos de internación anteriores (tal y como los consignaron los profesionales actuantes en la HC psiquiátrica de ingreso o en el informe de 48hs).
- Tipos de tratamientos recibidos, referidos de esta manera por los profesionales intervinientes.
- Profesionales actuantes, según constaba en evoluciones de la HC debidamente identificadas, señalando cantidad y profesión.
- Estrategias asistenciales implementadas.³

A los fines de la triangulación de los datos obtenidos se elaboró para cada caso una planilla con los puntos antes mencionados, una planilla resumen y una línea biográfico- asistencial, en la que se volcaron los datos de las internaciones en una perspectiva temporal y donde pudieron incluirse los dichos del paciente registrados en las HC a propósito de las internaciones, así como las estrategias asistenciales llevadas a cabo durante determinados lapsos de tiempo y sus efectos.

Esta triangulación permitió un abordaje más singularizado de cada caso, al tiempo que proporcionó una comparación entre lo experimentado por el paciente (referido por los dichos registrados en la HC y en las entrevistas) y las propuestas asistenciales de la institución. Es decir, se pudieron comparar los cri-

³ Se consideró como estrategia asistencial a la coordinación de acciones de agentes de la salud formados en distintas áreas disciplinares, convergentes hacia el logro de un objetivo común y generadoras de prácticas consensuadas por el equipo tratante, sustentadas en cierta concepción común del caso.

terios de tratamiento que la institución tuvo para este tipo de pacientes y sus expectativas de logro, con la eficacia de los mismos en términos de la inscripción psíquica que habían cobrado o no para cada paciente.

Procedimientos de elaboración y análisis de los resultados

El plan de análisis y la elaboración de los resultados se realizaron mediante la transcripción de las entrevistas, la identificación de los extractos de las entrevistas más significativos, la comparación de los casos y obtención de los elementos comunes, el análisis de los datos extraídos de la observación documentada y la triangulación de los datos obtenidos de ambas fuentes. Se elaboró la lógica de cada caso en su singularidad y posteriormente se identificaron los índices que permitieron inferir la presencia de un trabajo de tramitación (auto-curación) solidario de un cambio en la posición subjetiva - que ubicaba al sujeto como agente activo de su propia curación y no como objeto pasivo de prácticas asistenciales-

Se consideraron como índices de este trabajo auto-curativo: la presencia de una elaboración de saber sobre la coyuntura desencadenante y los síntomas prodrómicos, detección precoz por parte del paciente de una crisis, reconocimiento de los recursos subjetivos, institucionales y sociales con los que cuenta el paciente; localización de profesionales referentes a quienes acudir en caso de requerir ayuda. Estos indicios de un cambio en la posición subjetiva, pusieron de manifiesto la dimensión de un saber-hacer con el síntoma, la posibilidad de arreglárselas con el malestar.

El análisis de los resultados fue sometido a un doble trabajo de supervisión: interno al material y externo con supervisor. Por un lado, las interpretaciones del material debieron ajustarse estrechamente a la lógica del caso, excluyendo de las mismas los elementos que pudieran resultar incompatibles con ésta. De esta manera los índices subjetivos detectados se desprendieron de las líneas de coherencia del material mismo, evitando forzamientos o interpretaciones que se mostraran en disonancia con éste y conservando únicamente aquellas que fueran compatibles con el mismo. Se entiende entonces que tanto la sintomatología del paciente, sus momentos de crisis y de estabilización se insertan en una configuración que guarda una coherencia interna y que a su vez responde a una economía psíquica, no admitiéndose metodológicamente las interpretaciones que no estuvieran en consonancia con esta coherencia lógica y con este sustento libidinal.

Se consideró entonces que el material clínico mismo ofrece resistencia a las interpretaciones que no consueñan con la lógica que le es inherente. Por lo tanto, esta supervisión interna implica que hay un control propio del devenir del caso

que no admite cualquier interpretación. En segundo lugar, las interpretaciones realizadas fueron discutidas y supervisadas con el director de esta investigación y otros referentes del equipo de salud.

Dado que el objeto de estudio se caracteriza por su singularidad, no resultó pertinente un abordaje de asignación de categorías a fragmentos discursivos. Las condiciones subjetivas son incategorizables y requieren para su estudio de una herramienta metodológica que preserve esa singularidad propia de cada arreglo subjetivo sin intentar encasillarla en una categoría. El trabajo cuidadoso sobre la lógica del caso resultó el principio de análisis apropiado para el tipo de estudio realizado.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación recibió el aval de la Comisión de Ética del Colegio de psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y se realizó con el consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS

Por el tipo de estudio y la metodología utilizada, los resultados y conclusiones que se exponen a continuación son aplicables a los casos estudiados y no por ello son susceptibles de ser generalizados sin más a otros casos que cumplan similares criterios. No obstante, el valor heurístico de la investigación radica en la introducción de una nueva variable a considerar en el problema de las internaciones reiteradas por abandono de tratamiento: la incidencia de las condiciones subjetivas. Esta hipótesis sí podrá ser aplicada a otros casos en pos de confirmar su validez y su utilidad clínica.

El análisis documental de HC permitió recabar características comunes de los pacientes que participaron del estudio. Se pudo establecer que sufrieron su primera descompensación en su juventud (entre los veinte y los treinta años). Fueron tratados con múltiples esquemas farmacológicos a los que respondieron con bastante sensibilidad a los efectos secundarios y con cierta resistencia en la reducción de los síntomas negativos y delirantes. Desde el punto de vista de las estrategias asistenciales, en todos los casos se encontró que sólo posteriormente a un período de reinternaciones e intentos de alta fallidos, se comenzó a trabajar una estrategia de externación tendiente a la instauración de nuevos lazos sociales.

Todos los pacientes que participaron del estudio presentaban diagnóstico de esquizofrenia, puntualmente de esquizofrenia paranoide, sin que se registraran mayores variaciones diagnósticas en las HC. Cada uno fue atendido en promedio por 42 profesionales, en su mayoría médicos psiquiatras y fue asistido en toda la gama de servicios destinados a los pacientes psiquiátricos (Urgencias, SAC, servicios de Agudos, Sub-agudos y crónicos, rehabilitación, externación y consultorios externos).

El análisis del material permitió establecer dos momentos bien diferenciados en la evolución de estos pacientes. El primero, caracterizado por una secuencia de reinternaciones sucesivas motivadas por el abandono de tratamiento, intercaladas con períodos de alta muy cortos. El segundo momento se distingue por la detención de los reingresos, la inclusión en dispositivos tendientes al lazo social y la modificación en la posición subjetiva. Todos los pacientes hicieron referencia a estos dos momentos en su discurso y presentaron dificultades para ubicar los sucesos acaecidos durante el período de reinternaciones sucesivas, incluso sin poder precisar exactamente cuántas veces habían sido internados o dados de alta en ese momento. Es de notar que en varios de los casos estudiados no había un registro subjetivo de la cantidad de veces que habían sido reinternados, y en su discurso los reingresos eran considerados subjetivamente como una sola internación que había durado varios años.

Con respecto al abandono de tratamiento consignado en la HC como motivo de internación, hay que señalar que la experiencia subjetiva de los pacientes era más bien la de haberlo incumplido pero no la de haberlo abandonado completamente. La frase *“abandono del tratamiento”* refiere exclusivamente -tanto para la institución como para los pacientes- al abandono del tratamiento psicofarmacológico, razón por la cual de ahora en más la usaremos en este sentido. Desde un punto de vista institucional pero también subjetivo, el tratamiento aparece reducido al fármaco, aun cuando los pacientes pueden reconocer otros factores importantes en sus períodos de estabilización (inclusión en nuevos lazos sociales, actividad laboral o artística, elaboración personal, tratamiento psicológico), no les dieron a éstos el carácter de tratamiento.

En lo que concierne al segundo momento señalado, se pudo localizar que el mismo coincidía con una elaboración de saber producida por los pacientes en torno a la naturaleza y la causa de su malestar. En dos de los casos pudo relevarse que la adhesión al tratamiento psicofarmacológico era mayor cuando se encontraba en consonancia con la hipótesis subjetiva que ellos habían elaborado sobre su padecer, es decir cuando la elaboración del paciente sobre su malestar incluía que el mismo respondía a causas biológicas -que no obstante no dejaban de anudarse a la historia personal- y que por ende podían ser tratadas mediante la medicación.

Los pacientes identificaron claramente esos dos momentos, y señalaron los cambios que experimentaron en sus vivencias del malestar y en sus relaciones con los otros. Este trabajo auto-curativo implicó una mayor disposición a detectar signos de una posible crisis y en caso de identificarlos los pacientes recurrían rápidamente a los profesionales con quienes tenían un vínculo transferencial y que actuaban como referentes, evitando así nuevas reinternaciones.

En los casos incluidos en este estudio, se pudo constatar la incidencia en el abandono/continuidad del tratamiento de lo que hemos llamado condiciones subjetivas, es decir una posición de consentimiento o de rechazo más o menos radical a realizar un trabajo de tramitación sobre el malestar, las coyunturas de aparición del mismo y las modalidades propias de auto-curación.

La incidencia de estas condiciones subjetivas pudo inferirse del material clínico obtenido a través de indicadores como la presencia de una elaboración de saber sobre las coordenadas críticas, la producción de hipótesis subjetivas sobre la causa, la posibilidad de detectar los inicios de una crisis o las situaciones que representaban una exigencia para cada sujeto. Esta elaboración no se encontraba presente desde un inicio, pero su aparición implicó para los pacientes un antes y un después claro en su experiencia de la enfermedad y un cambio con

respecto a su posición subjetiva⁴ (de objeto pasivo de prácticas a agente de su propia curación) posibilitándoles, entre otras cosas, la puesta en marcha de un proyecto a futuro.

Asimismo, podía escucharse que esta elaboración fue fruto de un trabajo que ellos habían realizado, sin ser meramente efecto de una intervención externa sobre su organismo o resultado de la sugestión.

En los casos estudiados, el cambio en la posición subjetiva con respecto al padecer y la puesta en marcha de un trabajo de auto-curación, redundaron en una detención de la cadena de internaciones reiteradas y en un período de externación más prolongado y sostenido en el rearmado de un proyecto de vida posible y disfrutable para cada uno de los pacientes.

Resta elucidar el papel que pudo incumbir a las estrategias asistenciales propuestas por la institución en los cambios de posición señalados y en el trabajo de elaboración iniciado a partir de entonces, ya que dichos cambios coinciden en la mayoría de los casos con la implementación de estrategias tendientes a la creación de nuevos lazos sociales (dispositivo de Casa de Prealta, por ejemplo). Se reservó un apartado para este punto en la discusión.

⁴ Cabe aclarar que la presencia de dichas condiciones subjetivas no se infirió meramente de los dichos literales de los pacientes sino que contempla, además de lo dicho, la dimensión del decir que introduce la cuestión de la posición subjetiva desde la cual algo se dice, la enunciación. Esta dimensión de la enunciación incorpora a los dichos la incidencia de toda una economía psíquica, es decir cómo lo que se dice repercute afectiva y por ende libidinalmente en el cuerpo. Es esta repercusión corporal que encuentra expresión en los matices de la enunciación, lo que otorga verdad subjetiva a los dichos. Quedan excluidas entonces -como indicadores clínicos de la incidencia de las condiciones subjetivas- las meras repeticiones prestadas que obedecen más bien a la sugestión. Para un desarrollo más preciso de este tema véase el artículo de mi autoría publicado en 2008.³⁹

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El estudio exploratorio que esta investigación llevó a cabo hizo posible identificar clínicamente los efectos de las condiciones subjetivas sobre la continuidad/discontinuidad del tratamiento. Se pudo localizar que la presencia de un trabajo auto-curativo, de un sujeto activo, influía positivamente en la continuidad del tratamiento y su ausencia incidía en el abandono de los tratamientos ofertados por la institución. Es de destacar que en los casos en que la hipótesis subjetiva sobre el tipo y la causa del malestar mental incluía la variable biológica, el tratamiento psicofarmacológico había podido ser incluido en una lógica subjetiva y desde entonces se comprobaba una mayor adhesión al mismo aun cuando se contaba con antecedentes de franco rechazo a la medicación (Ver casos A y C en Anexo).

Pudo establecerse también que la presencia de un trabajo auto-curativo implicaba para el paciente mayores posibilidades de detectar sus síntomas prodrómicos, identificar situaciones de exigencia subjetiva, acudir en busca de ayuda profesional en caso de presentarse las mismas y evitar el agravamiento de las crisis, con el consecuente impacto que éste tuvo en la detención de los reingresos. Como resultado de este trabajo subjetivo, los pacientes contaban con un saber acerca de los puntos de exigencia que podrían resultarles críticos, una suerte de cartografía subjetiva de los caminos singulares de cada uno por donde no convenía avanzar en determinado momento. De lo cual se desprende entonces que la ausencia de este trabajo auto-curativo incidiría negativamente en la continuidad del tratamiento, dejando al sujeto sin herramientas para afrontar futuras crisis y ubicándolo en una posición de objeto pasivo del malestar.

Es importante destacar que, desde la institución y según se consigna en las HC, el tratamiento indicado para estos pacientes era casi con exclusividad farmacológico. Aunque se aplican otras estrategias de intervención, las mismas no son consideradas como parte del tratamiento o al menos no son señaladas como tales por los profesionales. Asimismo, en los informes de evolución solicitados por los Tribunales, suele aconsejarse un régimen psicofarmacológico y psicoterapéutico, pero luego en las evoluciones de las HC el tratamiento farmacológico prima. Nótese que el sintagma *"abandono de tratamiento"* refiere por lo tanto al abandono de la medicación, que por otra parte no resulta ser total según refieren los pacientes sino más bien una discontinuidad en la toma de comprimidos.

Cabría preguntarse qué es entonces lo que se abandona y desde dónde se sanciona este abandono, ya que más bien se comprueba que los pacientes discontinúan un tratamiento que subjetivamente no estaba vinculado a su padecer, es decir que el tratamiento farmacológico se abandona en un marco donde en verdad tampoco se lo había aceptado cabalmente (en el sentido de un trabajo de

apropiación subjetiva del mismo). Sintetizando, se abandona algo que resultaba ajeno y que por lo tanto no generaba una necesidad de reapropiación, ya que no formaba parte de la constelación subjetiva de ese paciente.

Desde esta perspectiva, tiende a considerarse al paciente como un organismo enfermo, cuyos síntomas se reducirían a partir de la ingesta de la medicación indicada. Ahora bien, este tipo de práctica relega al paciente a mantenerse en una posición pasiva de obediencia a las indicaciones del médico, no constituyéndolo en agente de su propio tratamiento. El tratamiento es vivido entonces como algo ajeno al sujeto e impuesto por otro, sin que el mismo se articule a la singularidad de su malestar.

El problema del abandono del tratamiento que está a la base de los reingresos demuestra así ser paradójico ya que sostiene que se abandona algo que en verdad nunca se consideró propio. El abandono es sancionado como abandono por la institución, pero no es considerado como tal por el paciente, quien refiere haber *"incumplido"* el tratamiento. Las internaciones reiteradas estarían indicando que el tratamiento ofrecido no ha pasado a formar parte de la economía subjetiva del paciente y por lo tanto éste no lo continúa pues no tiene una función para él. Se trata más bien de cumplir con algo que se ha indicado, que de abandonar algo que se ha vuelto propio. Cabe preguntarse entonces si hubo realmente una instalación del tratamiento en el sentido de la incorporación del mismo a una economía subjetiva.

Desde esta perspectiva, el problema no sería tanto el del abandono del tratamiento - visto y considerando que un tratamiento farmacológico en consonancia con las hipótesis subjetivas del paciente no se abandona (ver casos A y C en Anexo) - sino el de la instauración del mismo en su coherencia con las condiciones subjetivas del paciente.

A partir de estos resultados, el punto de discusión a capitalizar para la producción de nuevas hipótesis se concentra en el posible papel que tendrían las estrategias asistenciales implementadas por la institución, considerando que las mismas podrían favorecer o más bien impedir la puesta en marcha de este trabajo auto-curativo que requiere de una posición activa del paciente. Restaría elucidar el posible nexo existente entre la incidencia de las condiciones subjetivas y las estrategias tendientes a la instauración de nuevos lazos sociales, ya que los resultados expuestos arrojaron el dato de que la puesta en marcha de este trabajo auto-curativo coincidía con la inclusión del paciente en dispositivos de este tipo. Podría formularse el problema en los siguientes términos: ¿Las estrategias asistenciales propuestas inciden sobre la posibilidad de generar un cambio de posición subjetiva habilitante de un trabajo de auto-curación?

Si se considera, desde el marco teórico propuesto, que la condición del sujeto depende de lo que tiene lugar en el Otro,³⁵ es decir que la constitución subjetiva no se produce aisladamente sino en este lazo al Otro, de esta argumentación puede extraerse que las estrategias propuestas por la institución tendrían una incidencia sobre la producción subjetiva. Podría entonces plantearse la existencia de prácticas habilitadoras de la subjetividad y prácticas que restringen la emergencia de la misma, por considerar al sujeto objeto pasivo de prácticas y no agente de su solución.

A partir de los casos estudiados, la práctica del fármaco parece inscribirse en estas últimas, obstaculizando la producción subjetiva (Véase la incompatibilidad entre arreglo subjetivo y medicación en el caso C). Aunque debe destacarse que esta práctica no constituye *per se* un obstáculo al trabajo subjetivo, ya que los casos muestran también que puede compatibilizarse la toma de medicación con el trabajo auto-curativo (caso A y B). Asimismo algunas estrategias tendientes a la restitución del lazo social implementadas, como ser los intentos por lograr una reinserción familiar (casos B y C) demostraron no estar en consonancia con la posición subjetiva del paciente en determinado momento. De modo tal que el hecho de que una práctica devenga obstáculo para la producción subjetiva no estaría dado de antemano ni dependería del tipo de práctica en sí. Las prácticas cuyo objetivo es la reinserción social no son necesariamente promotoras de la producción subjetiva, así como las prácticas orientadas por lo farmacológico pueden tener efectos de producción subjetiva y no son obstaculizadoras en sí.

El punto clave será entonces el lugar que se otorgue desde esa práctica a la singularidad de cada caso sin pretender agotarlo en una categorización sustentada en una lógica del "para todos los casos". De allí se desprende la necesidad clínica de evaluar con la paciencia propia de un artesano cuáles son las posibilidades de cada paciente, sus singulares modalidades de arreglo o las vías en las cuales un trabajo auto-curativo podría desplegarse. Ya se ha señalado que no hay estandarización posible de los tiempos subjetivos y que por lo tanto es imprescindible que el buen juicio crítico del clínico considere este factor a la hora de ofertar al paciente su inclusión en tal o cual estrategia asistencial. Este punto resulta importante en la evaluación de los dispositivos a implementar en un caso en particular y requiere que el equipo sopesa cuidadosamente la situación subjetiva del paciente y sus coordenadas, evitando así la posibilidad de malgastar un recurso por aplicarlo en un momento en que no resulta apropiado debido a la condición subjetiva en la que se encuentra el paciente.

El encuentro con la institución puede implicar para el paciente el reencuentro con un Otro que rechaza su subjetividad considerándolo objeto y perpetuándolo por lo tanto en una lógica de alienación a la institución sin posibilidades de

salida, es decir en un camino que conduce a la cronificación y que, por otra parte, reproduce las condiciones iniciales de causación de su psicosis. O bien puede consistir en un encuentro inaugural donde otra oferta sea posible, una oferta que suponga un sujeto capaz de un saber-hacer con su posición en la estructura, un agente de su propio restablecimiento. La novedad de esta oferta no modifica las condiciones de causación inicial, la estructura psicótica no se convierte en neurótica, pero habilita la posibilidad de la producción de un sujeto capaz de un saber-hacer, con la ganancia agregada de que el trabajo subjetivo es algo que el paciente no abandona como se abandona un tratamiento que resulta ajeno.

La coincidencia entre cambio de posición subjetiva e inserción en prealta parece sugerir que los dispositivos más abiertos, tendientes a la restitución y generación de nuevos lazos sociales ofrecerían mayores posibilidades para que una auto-curación se ponga en marcha. El discurso en tanto que lazo social introduce una regulación diferente a la de los muros de la institución manicomial. Desde nuestro marco teórico el lazo social mismo introduce una regulación libidinal en tanto el discurso es un lazo social al que el cuerpo se somete. El esquizofrénico en la crisis debe vérselas con sus órganos sin el auxilio de ningún discurso establecido.⁴⁰ Es decir que el psicótico se encuentra -por momentos- fuera de discurso. El discurso en tanto que lazo social introduce entonces una regulación dotando a los órganos de funciones y organizando por ende lo real del cuerpo. De ahí que una de las preguntas claves en la clínica de la psicosis será poder determinar si el psicótico puede incluirse en algún discurso y de qué manera.⁴¹

Los dispositivos tendientes a la restitución de los lazos sociales estarían ofreciendo la posibilidad de introducir una regulación libidinal, ya no solamente por la vía del fármaco sino por la vía del lazo social mismo. Nótese que los pacientes destacan, como parte de los recursos de sus estabilizaciones, el papel preponderante que han tenido los nuevos vínculos generados en los dispositivos de externación. De esta línea argumentativa puede seguirse que los dispositivos que apuntan al aislamiento más bien reproducen el fuera de discurso -fuera del lazo social- inicial en el que se encuentra el sujeto psicótico durante las crisis. La ruptura de los lazos producida por la desestabilización se ve redoblada por las medidas internativas que terminan reproduciendo la lógica de aquello que se pretendía curar. Al aislamiento psicótico se responde con el aislamiento de la internación. Y en la práctica se revela que el funcionamiento mismo de los servicios de hospitalización reproduce esta lógica de aislamiento, en tanto los servicios funcionan sin coordinación entre unos y otros.²

La oferta institucional del aislamiento no favorece la producción de un sujeto ya que no lo supone en sus prácticas. En su lugar la concepción reinante es la de un organismo enfermo que requiere de medicación, paredes

y pautas para ordenar sus conductas. Nótese que en muchos de los casos las intervenciones que apuntaban a la reinserción familiar, que a primera vista podrían considerarse como tendientes a favorecer el lazo social, demostraron constituirse en prácticas que alimentaban el circuito de reinternaciones y por lo tanto obedecieron más bien a una lógica de aislamiento (casos B y C). De lo que se desprende que la producción de subjetividad podría estar ligada al tipo de práctica y a la concepción desde la cual se sustenta. Podrían deslindarse así aquellas prácticas que no suponen la posibilidad de un trabajo subjetivo y donde el paciente es considerado objeto pasivo de tratamientos e intervenciones, de otro tipo de prácticas que suponen un sujeto capaz de elecciones y responsable de las mismas.⁵

Estas reflexiones implican considerar que el psicótico no siempre está fuera del lazo social y es capaz de generar nuevos vínculos que ofician de regulación libidinal, sin desconocer a su vez que, para los momentos en que el psicótico se encuentra fuera de discurso, muchas veces la única opción es la hospitalización. Desde esta perspectiva sería clave entonces evaluar la pertinencia de una internación y la duración de la misma, ya que el tratamiento que la hospitalización ofrece justamente coarta los lazos ya creados y limita la creación de nuevos, por lo tanto, al psicótico fuera de discurso se le sigue ofertando que esté fuera de discurso.

Por otra parte, es llamativo que, en los casos estudiados, los dispositivos de externación sólo se implementaron en un segundo momento, cuando ya los pacientes contaban con varios años de internaciones reiteradas y altas fallidas. Desde este punto de vista, la problemática de la hospitalización debiera devenir desde un primer momento asunto de externación y ya desde el primer ingreso realizar una evaluación cuidadosa y detallada de qué arreglo es posible para ese paciente y en qué discurso podría incluirse de acuerdo a sus singularidades, sin caer en el imperativo de que lo que puede ser bueno para uno necesariamente lo será para todos. Ninguna de las prácticas es válida ni adecuada en sí misma, cada una adquiere pertinencia y eficacia en su engarce con la lógica del caso.

Las prácticas que implican una salida del discurso de alienación clásicamente propuesto por la internación (en tanto respeto riguroso de normas “para todos” impuestas por la legalidad de la institución) favorecerían una apropiación subjetiva de la experiencia que introduce a la misma en cierta economía de funcionamiento propia de ese sujeto en particular y que puede leerse en la

⁵ El lic. Ramiro Tejo investigó - bajo mi dirección y con el financiamiento de la Comisión Nacional Salud Investiga - los aspectos que los usuarios de servicios de salud mental destacan como beneficiosos y aquellos que les resultaron perjudiciales en el abordaje de su padecimiento mental, resultando que los dispositivos más versátiles a los usos singulares eran considerados más beneficiosos por los pacientes.⁴²

nueva manera de decir que conquistan los pacientes, donde los dichos se habitan de una enunciación que matiza libidinalmente el decir y que se hacen eco de un cuerpo capaz de soportar acciones que se sostengan en el tiempo.

La producción del sujeto deviene así solidaria de la suposición que el Otro hace de la presencia de un sujeto allí. La suposición de sujeto crea sujeto en la medida en que se supone a alguien capaz de responder.

De lo anteriormente expuesto puede concluirse la formulación de una nueva hipótesis de trabajo: los dispositivos y prácticas que consideran la creación y el sostén de lazos sociales a partir de la suposición de un sujeto agente de su curación -respetando la singularidad de cada caso-, favorecerían la producción subjetiva y el trabajo auto-curativo, introduciendo una regulación libidinal mediante la inserción en un discurso.

Esta vía de indagación resulta novedosa ya que en la práctica se suele pensar a la internación como el momento de la estabilización farmacológica del paciente que posibilita en un segundo momento la reinserción social y el alta, sin tener en cuenta que la inclusión misma en un lazo social propicio tiene efectos estabilizadores.

La exploración de las concepciones que guían las prácticas de los profesionales y su impacto en cuanto a la producción subjetiva se refiere, podría constituir una modalidad de abordaje válida para la problemática señalada. Una indagación más profunda excede los propósitos de esta investigación, no obstante, se dejan asentadas estas bases para futuras discusiones e investigaciones.⁶

IMPACTO Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados del estudio permitieron implementar algunas modificaciones en la estrategia asistencial brindada a este tipo de pacientes, al menos en el Servicio de Psicología del HIEAC Dr. A. Korn. El proyecto para este servicio presentado en 2011 contempló la creación de un dispositivo de guardia de Psicología cuyo objetivo es justamente asistir las crisis subjetivas de los pacientes externados respetando la inserción en los lazos sociales y la estrategia clínica que permitió la externación, tendiendo a evitar las reinternaciones a partir de respetar las condiciones subjetivas del caso.

⁶ El Lic. Tejo continuó su investigación sobre los usuarios con otro estudio -también bajo mi dirección y financiado por la Comisión Nacional Salud Investiga- sobre "Alcances y eficacia del abordaje del padecimiento psíquico en diferentes servicios de salud mental: perspectiva de los profesionales y trabajadores de los equipos de salud del HIEAC Dr. A. Korn."

En la práctica, el HIEAC Dr. A. Korn está organizado en servicios cuyo criterio responde a los distintos momentos de la evolución de la psicosis, suponiendo así que los equipos que trabajan en cada servicio se ocupan de tratar un determinado momento de la evolución de la enfermedad. De esta manera, el hospital cuenta con el SAC para atender los primeros momentos de desencadenamiento y desestabilización, los servicios de internación de agudos que continúan la asistencia de los períodos críticos, el servicio de rehabilitación – más conocido en la institución como internación en salas de crónicos, que atiende pacientes ya estabilizados pero con dificultades de reinserción-, el servicio de externación que cuenta con dispositivos como hospital de día, casas de convivencia y casa de pre-alta y el servicio de Consultorios Externos (CE) que se ocupa del seguimiento del paciente después del alta.

Cada uno de estos servicios cuenta con equipos de profesionales diferentes. En cuanto a la asistencia, instaurada entonces según un criterio de evolución de la enfermedad, esta organización de los servicios implica que el paciente cambia de equipo de profesionales cada vez que cambia de servicio. Los profesionales que lo atendieron durante la crisis no son los mismos que lo siguen durante la internación en agudos y vuelven a cambiar cuando el paciente pasa al servicio de rehabilitación, luego al de externación y nuevamente cambian en el servicio de CE. Si las internaciones se reiteran, el número de profesionales asciende, como lo demuestran los resultados de nuestro estudio: cada paciente fue atendido, en promedio, por 42 profesionales durante su recorrido en la institución.

Esta estrategia asistencial se basa en el supuesto de que el paciente psicótico es un organismo cuya patología atraviesa diversas fases que deben ser tratadas diferencialmente, dejando a un lado que la problemática de la psicosis no se reduce a una cuestión orgánica sino que concierne a un sujeto cuya historia y modalidad de habitar los lazos sociales no es ajena a la causación de su psicosis. La asistencia se fragmenta generando en el paciente la sensación de *“volver a empezar”* cada vez que cambia de servicio, de *“ser un número más”* que recibe un tratamiento estandarizado y no personalizado. A esto debe sumarse que, en la práctica y salvo algunas excepciones, los servicios operan aisladamente unos de otros incluso aplicando estrategias muy diferentes.

En este contexto, el servicio de Psicología cuenta con una posición particular, que permite, en parte, implementar las decisiones, ya que agrupa a todos los psicólogos que trabajan en el hospital y que al mismo tiempo están insertos en los servicios ya mencionados (agudos, crónicos, etc).

La contribución más importante de los resultados de este estudio a la toma de decisiones clínicas fue la implementación por parte del Servicio de Psicología

de un dispositivo de seguimiento de los pacientes con sede en ese servicio. De esta manera, se evita que el paciente sea atendido por un profesional en la crisis, por otro en la internación de agudos, otro diferente en rehabilitación y otro en CE. Si un vínculo transferencial se establece entre el psicólogo y el paciente, el profesional puede continuar atendiéndolo en el marco del Servicio de Psicología más allá de los cambios de servicio que se produzcan debido a las estrategias del tratamiento farmacológico. De esta manera, este profesional puede convertirse también en interlocutor del resto de los profesionales de los diferentes servicios que tratan al paciente en su pasaje por la institución. El trabajo realizado con el paciente tiene así una continuidad que no se pierde simplemente porque se produjo un cambio de servicio y cambió el equipo tratante.

Asimismo, este abordaje implica un cambio de perspectiva, ya que no se trata de considerar al paciente como un objeto pasivo que requiere asistencia sino como un sujeto activo capaz de apropiarse de los tratamientos brindados y convertirse así en agente de su propia solución. La implementación del dispositivo de seguimiento de pacientes en el Servicio de Psicología permite evitar que muchos pacientes se reinternen y apunta a un uso más racional de las internaciones, que son un recurso de alto costo económico y de fuerte impacto subjetivo. Esta decisión no requirió de grandes financiamientos, que muchas veces obstaculizan la puesta en práctica, sino que consistió en una optimización de los recursos humanos existentes y en una capacitación de los mismos.

Esta perspectiva está en consonancia con lo propuesto por la nueva Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657) que promueve la sustitución de los sistemas de encierro y aislamiento por una política de inclusión social e integración fundada en una propuesta interdisciplinaria e intersectorial y que además contempla que los pacientes de salud mental deben ser reconocidos como sujetos de derecho.

Esta iniciativa permite pensar cómo podrían producirse algunas de las modificaciones que la implementación de la nueva Ley de Salud Mental exige para adecuar las estructuras existentes a la nueva normativa. Esta adecuación requiere de una capacitación de los profesionales, ya que la ley implica un cambio de paradigma. En este sentido, otra contribución de los resultados de este estudio concierne entonces a la capacitación de los profesionales actuantes para que puedan considerar la diversidad de factores que condicionan la salud mental sin reducirlos a lo orgánico: específicamente incluyendo la incidencia de la condición subjetiva. La inclusión del trabajo auto-curativo que el mismo paciente puede llevar adelante permite pensar opciones que sean coherentes con estas condiciones subjetivas, aumentando entonces las posibilidades de que la estrategia propuesta por el equipo tratante se mantenga en el tiempo, lo que dependerá tanto de la institución

como del propio paciente. Los resultados de este proyecto se difundieron en jornadas y congresos con muy buena recepción de lo propuesto.

La realización de esta investigación y su difusión entusiasmó a otros profesionales del hospital a presentar proyectos de investigación en la convocatoria de la Comisión Nacional Salud investiga. Los dos proyectos presentados en la convocatoria 2012 fueron seleccionados y dos más presentados para el 2013 también. Este estudio ha permitido transmitir a las nuevas generaciones la importancia de la actividad investigativa en la práctica hospitalaria, generando una apertura inédita a la investigación en los profesionales del hospital y contribuyendo a introducir actividad investigativa en la toma de decisiones sobre salud mental. Se propicia así otra manera de entender la práctica clínica en la institución: una práctica que se alimenta de preguntas, produce problemas y los pone a prueba en el proceso de investigación para luego incidir en las decisiones de los servicios.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

HIEAC Dr. A. Korn : Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos Dr Alejandro Korn.

HC : Historia clínica.

CIE 10 : Clasificación Internacional de Enfermedades.

OMS : Organización Mundial de la Salud.

SAC : Servicio de Atención en Crisis.

PAH : Pabellón Agudos Hombres.

CE : Consultorios Externos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Consejo Federal de Salud. (2004) *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de La Nación.
- ² Cattáneo A. (2006) Descripción de los principales condicionantes que afectan las internaciones psiquiátricas en el hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero. *Vertex Revista Argentina de psiquiatría*; 17 (65): 43-47.
- ³ George Voineskos MD & Sharon Denault BA. (1978) Recurrent psychiatric hospitalization. *CMA Journal*; 4 (118): 247-250.
- ⁴ Hernández F LJ. (2003) Evaluación de resultados e impactos de un modelo de salud mental basado en la comunidad en localidades de Bogotá DC. *Rev. Salud Pública*; 5 (3): 272-83.
- ⁵ Luzio C & Yasui S. (2010) Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*. Maringá; 15 (1):17-26.
- ⁶ Moldavsky D. (2008) Visión del sistema de salud mental en Gran Bretaña: progresos y desafíos. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*; 54 (4): 250-61.
- ⁷ Ramírez J, Sepúlveda R, Zitko P & Ortíz AM. (2010) Consulta de urgencia psiquiátrica y modelo comunitario de atención en salud mental. *Revista Chilena Salud Pública*; 14 (1):18-25.
- ⁸ Tosta Berlinck M, Magtaz AC, Teixeira M. (2008) A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo*; 11 (1): 21-27.
- ⁹ Ley Nacional de Salud mental N° 26657. República Argentina.
- ¹⁰ Gastal F, Andreolib S, Quintanab MI, Almeida Gameiroa M, Leitea S & McGrathc J. (2000) Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saúde Pública*; 34(3):280-5. Disponible en www.fsp.usp.br/rsp.
- ¹¹ Daniels BA & al. (1998) Predictability of rehospitalization over 5 years for schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Aust. N. Z. Psychiatry*; 32 (2): 281-6.
- ¹² Oficina de Estadística del HIEAC Dr. A. Korn. Memoria anual Años 2006, 2007 y 2008. Publicación interna.
- ¹³ Sousa Parente CJ, Parentes Fortes Mendes L, Nayara dos Santos Souza Kênya Monte Silva D, Carvalho e Silva J, Castelo Branco Vaz Parente, Cunha Menezes Parente A. (2007) O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. Min. Enf.*; 11(4):381-386.
- ¹⁴ Moraes Salles M & Barros S. (2007) Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev Esc Enferm USP*; 41(1):73-81. Disponible en www.ee.usp.br/reeusp.
- ¹⁵ Olfson M & al. (1999) Assessing clinical predictors of early rehospitalization in schizophrenia. *J. Nerv Ment. Dis.*; 187(12): 721-29.

- ¹⁶ Gillis LS & al. (1985) The rise in readmissions to psychiatric hospitals. *South Afr. Med. Journal*; 28, 68 (7): 466-70.
- ¹⁷ Kent S & al. (1994) Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry*, 45:347-350. Disponible en <http://ps.psychiatryonline.org>.
- ¹⁸ Laessle R & al. (1987) Risk of rehospitalization of psychotic patients. A six years follow investigation using the survival approach. *Psychopatology*; 20 (1): 48-60.
- ¹⁹ Munk-Jorgensen P. (2000) Readmissions for schizophrenia in Denmark 1979-1998. *Ugeskr. Laeger*; 162 (9): 1219-22.
- ²⁰ Üçök A, Polat A, Çakir S & Gen A. (2006) One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*; 256: 37-43.
- ²¹ Rodríguez JL, Alvarez A, Gobbi S, Dangavs VC, Yancosqui DA, Posik SG, Ravassi C, Loskin UE, Gaska JF & Reckziegel U. (2006) Causas de reinternación en pacientes psicóticos en el hospital Alejandro Korn, Melchor Romero, La Plata. Inédito.
- ²² Nasrallah, H. (2007) Clinical overview. The case for long-acting antipsychotic agents in the post-CATIE era. *Acta Psychiatr Scand*; 115: 260-267
- ²³ Rejón Altablea C, Martínez Pastorb C & Virseda Antoranbzb A. (2004) Esquizofrenia y subjetividad. *Actas Esp Psiquiatr*; 32 (4): 249-258.
- ²⁴ Sauvagnat F. (1997) Phénomènes élémentaires psychotiques et travail institutionnel. *Cahier de l'ACF-VLB*; 8: 101-117.
- ²⁵ Foucault M. (1972) *Histoire de la folie à l'âge classique*. París : Gallimard.
- ²⁶ Bercherie P. (1981) *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial.
- ²⁷ Lanteri Laura, G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría contemporánea*. Barcelona: Triacastela.
- ²⁸ OMS (1992) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
- ²⁹ Freud S. (1911) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descripto autobiográficamente. En Freud, S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ³⁰ Lacan J. (1946) Propos sur la causalité psychique. En Lacan J. *Écrits*. París: Seuil.
- ³¹ Freud S. (1894) Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de ciertas psicosis alucinatorias). En Freud, S. *Obras Completas* T III. Buenos Aires: Amorrortu.
- ³² Freud S. (1914) Introducción del narcisismo. En Freud, S. *Obras Completas*. T XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- ³³ Lacan J. (1975) *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre XXIII. Le sinthome*. París: Seuil, 2005.
- ³⁴ Freud S. (1932). La descomposición de la personalidad psíquica. En Freud, S. *Obras Completas*. T XXII. Buenos Aires: Amorrortu.

- ³⁵ Lacan J. (1958) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. En Lacan, J. *Écrits*. París: Seuil, 1966.
- ³⁶ Llovet J & Ramos S. (1995) Hacia unas Ciencias sociales con la medicina. Obstáculos y promesas. *Ciencias Sociales e medicina*. Actualidades.
- ³⁷ Hernández Sampieri R, Fernández Collado C & Baptista Lucio P. (2008) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill
- ³⁸ Taylor SJ & Bodgam R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- ³⁹ De Battista J. (2008) Reflexiones clínicas acerca de las personalidades `como si´ de Hélène Deutsch a la luz de la enseñanza de Jacques Lacan. *Clepios. Revista de Residentes de Salud Mental*. 14 (1): 17-19.
- ⁴⁰ Lacan J. (1972). L'étourdit. En Lacan, J. *Autres écrits*. París: Seuil, 2001.
- ⁴¹ Soler C. (2002) *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*. Toulouse: Presses universitaires du Mirail.
- ⁴² Tejo R & De Battista J. (2014) El padecimiento psíquico desde la perspectiva de los usuarios de un hospital neuropsiquiátrico argentino. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 60 (2) 108-115.
- ⁴³ De Battista, J. (2012) *Le désir dans les psychoses. Problématiques et incidences de la cure à partir de l'enseignement de Jacques Lacan*. Tesis doctoral. Université de Toulouse. Versión en español próximamente en Letra Viva.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y OMS (1982) Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos.

COPSIBA. (2000) Código de Ética Profesional.

Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29ª Asamblea Médica mundial (Tokio, 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989)

FEPPA. (1999) Código de Ética.

Mendicoa G. (2003). *Sobre tesis y tesisas. Lecciones de enseñanza- aprendizaje*. Buenos Aires: Espacio.

Ministerio de Salud. Subsecretaría de Investigación y Tecnología. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" Guía para el diseño y organización de una propuesta de investigación. Edición del Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". Mar del Plata. Argentina.

Muñarriz Ferrandis (2004) La investigación cualitativa en Psiquiatría. *Archivos de Psiquiatría* nº 67. Madrid: Triacastela.

OMS. (1978) Declaración de Alma – Ata. OMS

OMS. (1991) Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Res. 119, U. N. GAOR, 46 sesión, Supp. N ° 49, Anexo, pág. 188- 192.- UN. Doc. A/ 46/ 49.

OMS. (1996). Normas Éticas Internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Publicación Científica N° 563. Washington, USA.

OMS. (2000) Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Atlanta. EE.UU

Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. (1986) Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud N° 35. Segunda Edición.

Tribunal Internacional de Nuremberg. (1947). Código de Nuremberg.

ANEXOS

GUÍA ORIENTADORA PARA LA REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

¿Cuántas veces ha sido internado/a?

¿Conoce usted los motivos? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Cuáles fueron?

¿Considera que usted podría haber hecho algo para evitar esas internaciones? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Qué?

¿Qué tipo de experiencia le significó la internación?

¿De qué sufre usted?

¿Considera que ese malestar responde a una enfermedad? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Cuál? ¿De qué naturaleza?

¿Puede darse cuenta usted del agravamiento de ese malestar o del inicio del mismo? (En caso de respuesta afirmativa) ¿De qué manera?

¿Conoce usted en qué circunstancias se hace presente este malestar?

¿Tiene alguien a quien recurrir en caso de requerir ayuda? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Quién/es?

¿Recibe algún tratamiento para su malestar? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Qué tratamiento recibe?

¿Considera que el mismo es eficaz?

De acuerdo a su experiencia, ¿Sobre qué aspectos de su malestar influye el tratamiento? ¿Sobre cuáles no?

¿Cree usted que su sufrimiento requiere de otro tipo de tratamiento diferente al que recibe actualmente?

¿Encuentra dificultades para realizar el tratamiento indicado?

¿Lo ha abandonado? ¿Cuáles han sido para usted las causas del abandono?

PLANILLAS PARA LA OBSERVACIÓN DOCUMENTADA DE HC

Planilla resumen

Nombre y apellido:	
Fecha de nacimiento:	
Procedencia:	

Primera internación *(completar una por cada internación)*

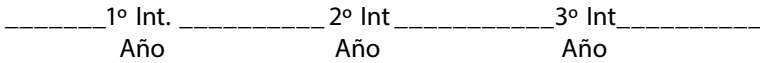
Fecha de ingreso:		Fecha de egreso:	
Diagnóstico ingreso:		Diagnóstico egreso:	
Condición:		Retirado por:	
Motivo de internación:			
Tipos de tratamientos recibidos y respuesta a los mismos:			
Profesionales actuantes <i>(número y profesión)</i> :			
Estrategias asistenciales- institucionales:			

LÍNEA BIOGRÁFICO- ASISTENCIAL

(Esquema orientativo)

Sucesos histórico-biográficos

(coyunturas, crisis)



Sintomatología

Estrategias asistenciales

CASOS

Se exponen a continuación tres de los casos trabajados. La presentación de los mismos responde a la modalidad del relato considerada pertinente a partir del marco teórico adoptado. El relato extrae las coordenadas que permiten dar cuenta de la lógica del caso, de modo que metodológicamente aporta la ventaja de transmitir lo propiamente subjetivo sin por ello poner en riesgo la privacidad del paciente, abocándose a las coordenadas formales de la configuración subjetiva.

CASO A. 45 años.

Según consta en la HC, el paciente fue internado seis veces en un lapso de ocho años. Las cuatro primeras hospitalizaciones fueron breves (una duración de tres meses cada una para las dos primeras y de un mes cada una para la tercera y la cuarta). Los períodos de externación entre las mismas también fueron cortos: seis meses cuando salió de la primera internación, diez meses luego de la segunda, tres meses y medio luego de la tercera y sólo quince días de alta al ser externado por cuarta vez. Su quinta internación duró dos años y nueve meses y la externación que le siguió un período similar. Su sexta y última internación fue de ocho meses. Hace casi cinco años se fue de alta y desde entonces se ha mantenido estable.

En síntesis, hay un período inicial que abarca cuatro años de su vida en el que se concentran cuatro internaciones, llegando a tener tres en un mismo año. Una hospitalización más pronunciada que parece actuar de bisagra junto con un período de externación también más prolongado seguido de una internación y finalmente la detención de la seguidilla de reinternaciones. En el material pudimos diferenciar al menos tres momentos -uno de ellos de transición-: el primero de muchas internaciones breves con períodos de externación cortos y consecuentes rehospitalizaciones, un pequeño momento de transición, donde el tiempo de internación y externación se extiende, y un tercer momento donde se llega a una aparente estabilidad cuya duración, no se había logrado antes en su historia.

Con respecto al motivo de los ingresos desde un punto de vista jurídico, sólo los dos primeros fueron por orden judicial, en tanto que los cuatro siguientes obedecieron a actas de urgencia ante la presentación espontánea del paciente. El motivo de internación, en cuanto a lo psicopatológico, se repite con leves variaciones en todas las internaciones y se caracteriza por un cuadro de inhibición psicomotriz, negativismo, mutismo, marcado abandono personal, perplejidad y soliloquios; cuadro que respondería, desde la segunda internación y en las subsiguientes, al abandono del tratamiento psicofarmacológico según se consigna como motivo de ingreso.

Como datos diferenciales cabe destacar que desde la tercera internación se suman síntomas tales como vómitos, anorexia y pérdida de peso, que hacen sospechar la presencia de patología orgánica (descartada sin embargo por los especialistas de Clínica médica). Se le diagnostica entonces el inicio de un síndrome delirante hipocondríaco referido al aparato digestivo y localizado para él en el mal funcionamiento de sus órganos. En la cuarta internación aparecen alucinaciones auditivas verbales cuya temática responde al delirio hipocondríaco ya señalado. En la sexta internación se agrega al cuadro ya descrito el riesgo de autoeliminación y cierta ideación de perjuicio. Al momento del alta de las cuatro primeras hospitalizaciones persistían síntomas negativos (hipobulia, hipoafectividad, etc).

El diagnóstico sufrió escasas variaciones, siempre dentro del espectro de la esquizofrenia, se pudo especificar con el correr de las internaciones: de trastorno esquizofrénico a esquizofrenia simple, esquizofrenia indiferenciada, hasta definirse por el de esquizofrenia paranoide.

El paciente fue atendido en los siguientes servicios especializados en psiquiatría del hospital: Guardia de Psiquiatría, Servicio de Atención en Crisis (SAC), Pabellón de Agudos Hombres PAH, Servicio de Subagudos- Sala Korn, Servicio de Rehabilitación- Centro de Rehabilitación Psicosocial y Servicio de Externación - Casa de Prealta, es decir, casi toda la infraestructura de atención con la que cuenta el hospital, sin contar las numerosas interconsultas al sector de Clínica Médica y Neurología. No se encontraron evoluciones de su seguimiento por Consultorios Externos (CE). Durante este recorrido, y en lo referente a los profesionales actuantes, en el transcurso de las 6 internaciones intervinieron (según los registros que constan en las HC) un total de 46 profesionales, de los cuales 35 eran médicos (25 psiquiatras de planta o residentes y/o concurrentes de psiquiatría, 8 médicos clínicos, 1 neurólogo y 1 médico de rehabilitación física), 8 eran psicólogos (de planta, residentes o concurrentes) y 3 eran trabajadores sociales. En el servicio del PAH el paciente fue tratado en las sucesivas internaciones por las mismas psiquiatras, así ocurrió también en la Casa de Prealta donde lo atendió el mismo equipo de profesionales, de quienes el paciente recuerda perfectamente nombre, apellido y profesión, e incluso algunas de sus intervenciones.

Considerando el tipo de tratamiento recibido y las estrategias asistenciales llevadas adelante por la institución también es posible situar en las mismas tres momentos: el primero coincide con el período antes caracterizado por internaciones breves y numerosas rehospitalizaciones, es decir el lapso que abarca las 4 primeras internaciones. El tipo de tratamiento recibido, según se consigna en la HC, es exclusivamente farmacológico (el paciente fue tratado con diversos esquemas que incluyen casi toda la gama de antipsicóticos conocidos, tanto

típicos como atípicos: halopidol vía oral, intramuscular y decanoato, stelazine, risperidona, olanzapina, en combinación con fenergan, trapax, diacepam, akinetón, etc). En varias oportunidades el paciente presentó efectos secundarios (extrapiramidalismo, impregnación), ocasionándose una modificación en el esquema. Resulta significativo que, a pesar de los tratamientos implementados y al momento del alta, la persistencia de la sintomatología negativa no había cedido en ninguna de las externaciones. Se trata de un punto relevante si se considera que es esta misma sintomatología la que prepondera en el motivo de las posteriores reinternaciones.

Aunque durante este período encontramos en la HC evoluciones de la intervención de otros profesionales no médicos (psicólogos, trabajadores sociales), las mismas están orientadas a la evaluación diagnóstica o bien a localizar a los familiares para efectuar el traslado al momento del alta. Es decir, no se evidencia en este primer momento la puesta en marcha de una estrategia de externación coordinada entre los profesionales actuantes y los respectivos servicios.

Ahora bien, si tomamos en consideración el momento de transición y el tercer momento que hemos deslindado, caracterizados por una internación más prolongada seguida de un período de externación más extenso y una última internación sin posteriores reinternaciones, notamos que coinciden con un cambio en la modalidad de intervención de la institución.

Un análisis longitudinal del tipo de profesionales intervinientes revela que en las primeras internaciones la modalidad de acción fue fuertemente médica y orientada en función del diagnóstico y tratamiento farmacológico. Sólo a partir de la quinta internación se incluye el trabajo de psicólogos y trabajadores sociales en pos de una estrategia de externación.

En este momento de transición el paciente es incluido en dispositivos de trabajo que contemplan su reinserción en el lazo social, convirtiéndose en beneficiario de subsidios, permisos de salida, pases de transporte, asistencia a talleres productivos y artísticos que culminan en su externación a una casa de convivencia, en el tercer momento. Es justamente en este tercer período, el correspondiente a su última externación, donde encontramos un cambio en la posición subjetiva con respecto a su padecimiento y al tratamiento farmacológico.

Durante el primer momento que hemos destacado y parte del de transición (hasta la quinta internación) no hay indicios que permitan inferir que el paciente subjetivice su malestar como inherente a la esfera mental, según sus palabras en la HC: "Yo no necesito medicación psiquiátrica, mis internaciones fueron por problemas digestivos". Hasta entonces, el paciente sostenía que sus internaciones

se debían a problemas de deshidratación y disminución de peso que requerían cuidados clínicos. Por lo tanto, no se evidencia que el tratamiento farmacológico impartido se incluya en una lógica subjetiva que le permita otorgarle alguna función que justifique sostenerlo.

Sin embargo, en el tercer momento que hemos destacado el paciente arriba a una nueva posición cuyas coordenadas pueden leerse en el siguiente extracto de la entrevista: *“Después me di cuenta, después de la internación, que tenía un trastorno. Tengo un trastorno cerebral y lo asumo, es así. Antes era una postura orgullosa mía. Ahora lo asumo, es un cambio de postura, yo nunca me había enfermado de chico, no lo quería reconocer. Me costó reconocer que tengo un trastorno cerebral que incide en mi parte psíquica, finalmente lo reconocí. Sabía que algo no funcionaba bien pero era orgulloso y pensé que lo podía manejar solo. Tuve que reconocer, quebrar el orgullo propio que tenía y reconocer que tenía un problema que escapaba a mis manos. En realidad escapó siempre, o sea que yo decía que en algún momento lo iba a poder controlar, y en algún momento no, fueron 6 internaciones, varios intentos de suicidio y dije basta, se terminó, dije basta con todo, tengo un problema”.*

Es justamente a este *“creer que podía manejarlo solo”* que el paciente atribuye sus crisis previas y no al abandono del tratamiento, ya que refiere no haberlo dejado nunca del todo: *“Estaba tomando la medicación, igual, en ese caso en particular hubo como una influencia, estaba mal psicológicamente, muchas cosas no me cerraban y no las podía coordinar, pensaba que en algún momento lo iba a resolver y se me fue de las manos”.*

Podríamos ubicar entonces este cambio de posición: de un primer momento donde el problema es considerado por él como de orden clínico y no requiere tratamiento psicofarmacológico, a un segundo momento donde el padecer es ubicado a nivel de un trastorno cerebral que tiene consecuencias psíquicas y que requiere de la intervención de un profesional.

Este punto de inflexión resulta ser clave para el paciente en su relación a la afección y nótese que vincula el cambio directamente a lo que él llama *“cambio de postura”* y que responde a lo que hemos conceptualizado en este estudio como *“condiciones subjetivas”*: *“No es que yo no sabía, yo sabía que me pasaba algo, pero lo quería manejar por mis propios medios, con mis pocos conocimientos en psicología, en medicina, pero me sentía como capacitado como para poder resolverlo yo a mi manera. Siempre me escapaba, al principio decía ‘no es así, no es así’, siempre se me escapaba, llegaba un punto que me convencía que era así, pero yo no tomaba la determinación de reaccionar contra esa pseudo-realidad que se me presentaba...yo no podía atacar eso, no hacía nada... ante esa película de la locura. Ahora me libero yo... El punto es reconocerlo....reconocer que se tiene un problema”.*

Este cambio de posición va acompañado de una elaboración de saber sobre su padecer donde él construye cierta hipótesis subjetiva de su posible causa. Esa hipótesis sobre la causalidad combina tanto elementos de orden biológico, que ha tomado del discurso psiquiátrico y de los cuales se ha reapropiado según su versión, como afectivo: *“Mi problema es farmacológico, la consecuencia es psicológica (...) como falleció mamá, falleció mi novia, más el consumo de drogas, todo eso también influyó, fue a consecuencia de lo que sucedió en parte, pero también las drogas, lo mío es más depresivo, siempre al borde del intento de suicidio. El deterioro cerebral fue provocado por las drogas, también tuve una infancia difícil, me maltrataban. Yo me fui al exceso con las drogas, diez años en coma, volado. Cuando salí de eso yo no conocía nada, yo no me conocía. Seguramente el cerebro lo tendría trastornado. Tengo que reconocer que si de los 15 a los 27 me la pasé así, eso afecta el cerebro. También me faltó un padre que me guiara, eso fue una carencia, la mayoría de los trastornos mentales son consecuencia de la falta de amor”.*

El paciente construye una explicación propia de su padecer que involucra elementos de su biografía: por un lado, el deterioro cerebral provocado por el consumo de drogas, y en combinación con esto, la falta de afecto debida a la muerte de su madre, su novia y la ausencia de su padre.

Este trabajo psíquico que el paciente ha realizado sobre su padecer tiene consecuencias en la eficacia de los tratamientos que le resultan de ayuda, que justamente están en consonancia con la concepción que el paciente tiene de su malestar, y dentro de los cuales destaca el papel del tratamiento psicofarmacológico y la relación con los profesionales de la Casa de Prealta: *“Tomando la medicación no me sucede eso, se por qué es, el cerebro tiene glándulas que segregan sustancias, la serotonina, me lo explicó la psiquiatra. Mis glándulas no segregan la suficiente serotonina y ahí se me trastoca la realidad, me puede y me lo termino creyendo. En lo psicológico me cambia la visión de la realidad paralela, la sociedad, pone a la gente como mis enemigos, que me quieren perjudicar”.* La concepción subjetiva de su malestar y de su posible tratamiento revela la siguiente lógica: el consumo de drogas ha producido un trastorno cerebral que causa a su vez el síntoma de la realidad trastocada y la sensación de persecución, por lo tanto, la medicación actúa sobre el trastorno cerebral.

No obstante, su hipótesis causal incluye además el factor afectivo como condicionante del trastorno mental, riguroso con esta concepción, el paciente le otorga también una importancia al mismo en el tratamiento: *“La medicación cumple su función pero particularmente es esta casa también (en referencia a la Casa de Prealta). Yo la uso como base de operaciones. El equipo es muy homogéneo acá, mucho afecto y cariño... acá te tratan de igual a igual, no hay ambo, es como encontrarse con amigos. Notás el afecto, hay afecto, no hay barreras. Ese afecto me*

hizo bien. El 50% fue la medicación, pero el 50% fue el afecto, la palabra de aliento, el grupo es funcional en el tema afectos. Yo sé que entre el profesional y el paciente no se pueden generar vínculos afectuosos pero si vos no me abris la puerta para que yo te tenga confianza no puedo hablar. Sin barreras, si brindás confianza, uno larga todo, es así. No hablo nada si me ponen barreras, el afecto influye mucho. Ese afecto cubrió las carencias que tuve de mi infancia, no tanto de mi madre, sino de la falta de tener un padre que me guiara. Yo creo en el amor. ¿Por qué tiene que ser verídico el cuento hebreo? Hay otros cuentos ¿Por qué yo no puedo crear mi propio cuento? Yo puedo hacer mi cuento. Es una especie de dominación psicológica la religión, es un sistema más, lograron crear un sistema de dominación de conciencia. Yo creo que cada uno puede generar su propia religión, creo que el amor es la mejor medicina pero ahora necesito la medicación o por ahí aparece alguien y mi glándula segrega más serotonina y ya no necesito la medicación!!! Cada uno tiene su cuento, también yo tengo la capacidad de elaborar mi cuento. Mi cuento es vivir y dejar vivir.”

Esta elaboración del paciente es clave a la hora de pensar en el tratamiento que le ha resultado eficaz, ya que esta doble vertiente de la causa (*lo cerebral – lo afectivo*) es justamente lo que aparece expresado como necesario para poder arreglárselas con sus síntomas. Asimismo, le permite detectar los pródromos de las crisis y recurrir al equipo en caso de “*no poder arreglármelas solo*”, situación a la que responde la coyuntura de la última internación donde es el equipo de la Casa de Prealta quien demanda la internación.

¿Qué es lo que posibilitó este cambio de posición subjetiva con las consecuencias que la misma parece haber tenido sobre el tratamiento? Creemos viable pensar que si bien hay una cuota insondable de decisión subjetiva en este punto, decisión que no se puede forzar ni inocular y que tampoco es un factor mensurable o calculable; no hay que olvidar que dicho cambio de posición coincide con un cambio en el dispositivo asistencial ofrecido por la institución. Puede leerse en el recorrido de este paciente cierto pasaje que va de un primer momento donde priman los dispositivos internativos sostenidos desde una lógica de alienación y aislamiento que vale para todos los casos y donde la concepción preponderante del paciente es la de un organismo que presenta desarreglos sintomáticos que hay que suprimir; a un segundo momento, donde se implementan dispositivos tendientes a la reinserción en el lazo social que consideran al paciente en su singularidad.

Nótese, no obstante, que tampoco la mera implementación mecánica de dispositivos tendientes al lazo social asegura por sí sola la estabilización. De hecho, en el caso de este paciente este tipo de estrategia ya se había utilizado en la quinta internación y el paciente estaba inserto en la misma al momento de su sexta internación. En este punto es interesante destacar su experiencia subjetiva

al respecto ya que justamente refiere que es durante esta sexta internación que él encuentra un punto de basta que lo lleva a asumir de otra manera lo que recién en ese momento se configura para él como un problema que requiere de ayuda profesional. Evocamos aquí nuevamente la incidencia de las condiciones subjetivas ya que es justamente en esa sexta internación en la cual se produce para el paciente su “*cambio de postura*” en relación a su padecer.

Los tiempos de tramitación subjetiva que requiere cada quien no son estandarizables. El buen juicio crítico del clínico deberá considerar este factor a la hora de ofertar al paciente su inclusión en tal o cual estrategia asistencial. Este punto resulta clave en la evaluación de los dispositivos a implementar en un caso en particular y requiere que el equipo sopesa cuidadosamente la situación subjetiva del paciente y sus coordenadas, evitando así la posibilidad de malgastar un recurso por aplicarlo en un momento que no resulta apropiado debido a la condición subjetiva en la que se encuentra el paciente.

CASO B. 37 años.

En la HC de este paciente se registran cuatro internaciones en el HIEAC Dr. A. Korn y se mencionan otras dos en otro hospital neuropsiquiátrico, de las cuales se carece de datos más allá de aquellos referidos por el paciente. En su recorrido institucional también pueden destacarse dos momentos claramente diferenciables: el primero, de una duración aproximada de 8 años, se caracteriza por la concentración de internaciones reiteradas (las primeras, de breve duración a continuación de un período de seguimiento del tratamiento por CE luego abandonado, y las venideras de una duración mayor, llegando a ser la tercera casi de un año y la cuarta de dos años, abreviándose al extremo el tiempo de externación entre estas dos últimas que no llegó a ser de un mes). El segundo momento se caracteriza por un período de estabilidad duradera, de unos siete años, durante los cuales el paciente refiere situaciones sensibles de crisis que, sin embargo, pudieron ser tratadas a tiempo evitando así las reinternaciones.

En cuanto al motivo de las internaciones, y desde un punto de vista jurídico, el paciente ingresó casi la totalidad de las veces por orden judicial bajo apercibimiento de incumplimiento, consignándose en dichos oficios que el paciente revestía peligrosidad para sí y para terceros. Desde un enfoque psicopatológico, el paciente presentó en todas las internaciones idéntico cuadro de negativismo, agresividad contenida, ideación delirante no sistematizada, marcado deterioro personal y social, mutismo, estado catatoniforme, actitud alucinatoria y perplejidad, registrándose que dicho cuadro se debía al abandono del tratamiento psicofarmacológico (aun cuando en algunas de esas ocasiones se hallaba bajo el

efecto de medicación de depósito y cuando el paciente refiera que nunca abandonó el tratamiento sino que lo continuó irregularmente, es decir que parecería tratarse más de una discontinuidad del tratamiento que de un franco abandono). En las dos últimas internaciones se sumó al cuadro ya descrito la presencia de episodios piromaníacos en la vivienda de los familiares.

El diagnóstico no sufrió variaciones desde un inicio, definiéndose y manteniéndose el de esquizofrenia paranoide.

Durante estas internaciones fue atendido en los servicios de Guardia de Psiquiatría, SAC, Servicio de Agudos Hombres, Servicio de Subagudos-Sala Korn, CE de Psiquiatría y Servicio de Externación- Casa de Prealta; además de las interconsultas con el sector de Clínica Médica. Intervinieron en su asistencia un total de 38 profesionales, de los cuales 28 eran médicos (24 psiquiatras de planta o residentes y/o concurrentes de psiquiatría y 4 médicos clínicos), cinco psicólogos (*de planta, residentes o concurrentes*) y cinco trabajadores sociales. En varias oportunidades, y según consta en su HC, el paciente solicitó ser atendido por el mismo profesional psiquiatra que ya conocía su caso a partir de una internación anterior, aunque desde la institución no se dio lugar a esta demanda.

En el apartado de los tipos de tratamiento recibidos, nuevamente el psicofarmacológico aparece casi como excluyente. A excepción de algunas entrevistas psicológicas que mantuvo el paciente durante sus internaciones, y, que lo llevaron a pedir la continuación del tratamiento psicológico por CE y del cual no hay evoluciones en la HC.

El paciente fue tratado con antipsicóticos típicos por vía intramuscular, oral y también de depósito, demostrando escasa respuesta a los mismos. Debido a esta resistencia se lo medicó con antipsicóticos atípicos, a los que respondió con una mejoría de sus síntomas más incisivos y una exacerbación de los síntomas negativos que le producían gran malestar.

Las estrategias asistenciales implementadas por la institución durante el primer momento se apoyan fuertemente en las medidas medicamentosas y en la contención -incluso mecánica- de su agresividad. La intervención de los trabajadores sociales se ve limitada a la localización de familiares para otorgar el alta. Cabe destacar que esta línea de intervención se sostiene hasta la última internación, a pesar de que los familiares no asistían a las citaciones del equipo tratante ni retiraban al paciente para los permisos de salida o en los momentos del alta. El paciente se fue de todas sus internaciones o bien solo o bien acompañado por un trabajador social de la institución. Durante este período de reinternaciones parece formarse un circuito donde el paciente se desestabiliza cuando retorna a

su grupo familiar, es internado y luego es externado nuevamente con la familia, para reiniciar el círculo de la rehospitalización. En las dos últimas externaciones esta situación se vuelve insostenible y el paciente directamente genera incendios en la vivienda familiar.

Por otra parte, no hay datos en la HC que permitan inferir que la estrategia de externación con la familia fuera viable, más bien todo lo contrario, ya que el núcleo familiar se había disuelto luego de la muerte de la madre del paciente. Él había vivido solo desde su más temprana adolescencia, sin contacto con sus hermanos y sin saber el paradero de su padre, de quien más tarde sabría que había formado una nueva familia. En apoyo de esta afirmación podemos citar la secuencia que va desde la tercera hasta la cuarta internación. Durante la tercera se intentó durante casi un año citar a los familiares, quienes finalmente no se presentaron. Se otorgaron permisos de salida infructuosos en cuanto a la reinserción familiar, ya que el paciente es reinternado sólo 20 días después de su alta, siendo los hermanos quienes en esta ocasión solicitan la internación. Por otra parte, es de destacar que la posición subjetiva del paciente en ese momento tampoco auguraba los mejores resultados, ya que él mismo sostenía: *“No necesito de nada ni de nadie, me basto a mí mismo”*.

Sólo a partir de su última internación, y luego de algunas crisis de excitación sobrevenidas aun medicado con antipsicóticos atípicos, se modifica la estrategia asistencial y se comienza a intervenir en función de que el paciente genere un proyecto personal de reinserción. Se le otorgan permisos de salida ya no para asistir a casa de sus familiares sino para incorporarse a talleres artísticos de su interés. El paciente comienza a generar vínculos entre sus compañeros, su integración aumenta, llegando a gestionar incluso su reinserción laboral y externándose esta vez en una casa de convivencia. Los últimos siete años de su estabilidad responden a este modelo.

Ahora bien, ¿Cómo se pasó de esa situación de reinternaciones, que parecía irreversible y crónica, a un período de estabilidad tan sostenido (a juzgar por el mal pronóstico inicial que no parecía anunciarlo)?

El paciente asigna un papel preponderante al funcionamiento de la Casa de Prealta: *“Directamente cuando pasé para acá, para Prealta, a mí me cambió mucho la modalidad... mucho mejor que la forma del hospitalismo que tenía allá. Estando acá pude progresar, pude empezar estudios, serigrafía, trabajo, me integré más acá, incluso la medicación me la cambiaron. Juega mucho las cosas que se me fueron dando para que yo pueda ir saliendo de vuelta a la luz, porque uno a veces se cierra, volver a la calle, ver la gente, es algo como que te nubla la cabeza cuando te sentías mal, te sentías perseguido, cosas que son sucesos de la enfermedad o no sé”*.

Es de notar que el paciente no diferencia las internaciones anteriores y habla de las mismas como si nunca se hubiera ido de alta: *“Fueron ocho años que estuve internado”*. Es decir que, si bien la HC registra varias altas, la experiencia subjetiva del paciente es la de no haber salido nunca de la internación sino hasta el que hemos denominado segundo momento de estabilidad sostenida. Podría decirse que *“objetivamente”* el paciente fue internado cuatro veces y otras cuatro se fue de alta, aunque subjetivamente todo ese período no fue para él más que una larga internación de la que sólo salió en el segundo momento.

Este último se caracteriza para el paciente por lo que él llama *“meditación”*, que concuerda con la concepción de las condiciones subjetivas que ya hemos expuesto, ya que la *“meditación”* es justamente todo un trabajo que él ha llevado adelante durante estos años, donde ha tratado de distinguir cuáles situaciones que lo desestabilizan, cómo hacer para evitarlas, cómo es su enfermedad, cómo sobrellevarla. Sobre ese punto dice: *“Cuál es el problema, la meditación pasa por ese lado....procesar por dentro... Ese día que me enfermé caí con esta historia de qué me está pasando, me siento raro, hablé con la doctora, y si, estaba por tener una recaída, es un punto muy clave ese, eso es lo que te ayuda también a conocerte, antes yo no me conocía mucho y sino no podés ayudarte vos mismo. Yo mucho tampoco entiendo lo qué me pasó, sino lo que yo pude hacer con eso, para mí es por ahí. Para poder ir llevando lo que yo ya había pasado, para que no vuelva a pasar”*.

Este trabajo de tramitación le ha permitido salir a tiempo de algunas crisis que el paciente ha capitalizado para poder conocer mejor sus síntomas, cómo aparecen y qué hacer en esos casos: *“Lo que yo no tomé mucho en cuenta antes es mi ser, mi forma de pensar, mi forma de tratar de ubicar, de plantear mi vida de otra forma, aunque a veces es como que estás trabado. Qué es lo que realmente te pasa, porque es como algo lejano, volver a un lugar que vos ya conocés lo que te pasó, o me pongo a estudiar lo que me está pasando o lo dejo todo como está, que es lo que me pasó a mí al principio. Después yo pude ir armando mi vida y tratando de ver cómo va pasando y las distintas etapas. Hay etapas que vos te vas dando cuenta, que realmente necesitás hablarlo con tu psicóloga o con tu doctora, tu psiquiatra, con gente o con tus mismos compañeros, para saber si realmente es una enfermedad mía o del mundo o saber cómo aparece. Es algo que para mí no lo puedo manejar, cuando me sentí mal me encerré pensando qué es lo que realmente tendría que hacer para poder volver a estar tranquilo, sentí eso que me había ya pasado, ese desmoronamiento, que se te viene todo abajo, otra vez lo mismo, no puede ser, me lo quedé meditando todo un día, de las 8 de la noche a las 8 de la mañana del otro día y pensaba y anotaba los puntos que podían ser claves, ¿qué será?, ¿los estudios? uno está buscando la forma de no volver a caer, ¿qué es lo que te va a poner tan mal como para que te caigas? Te da tiempo para ver tu lucidez y saber por qué te está pasando eso”*. Es importante destacar también que, según

lo refiere el paciente, no había abandonado la medicación al momento de las crisis, aunque sostiene que se hallaba con dosis muy disminuidas.

En este “procesar por dentro”, él ha podido ir localizando qué situaciones lo desestabilizan, situaciones donde no sabe cómo ubicarse, que por otra parte reiteran la coyuntura originaria donde comienzan los problemas para él (*al morir su madre, él debe comenzar a trabajar y arreglárselas solo, sin su familia*): “A mí lo que me llevó a la internación, volviendo atrás, que es lo que realmente pasó, fueron muchos motivos de dolor, de tristeza, por situaciones donde uno se iba encasillando y te encontrabas con que hasta ahí llegabas y no podías manejarlas. Llegó un momento que cuando se juntan todos los problemas ahí es cuando te explota la cabeza, qué hago, para dónde tiro, qué es lo que me está pasando, porque tan mal no podía estar. Yo mucho no sé cómo realmente me pasó que me enfermé, pero fue mucha ansiedad, muchos problemas, mucha angustia, viví solo desde chico, por ahí te rescatás un poco con el trabajo, pero la enfermedad está puesta para todos, de un día para el otro te puede agarrar, como cualquiera, como un stress. Uno trata de buscar en lo que uno vive, no creas que es una enfermedad que viene porque sí, uno quiere saber qué puede hacer para evitar cosas, que por ahí no las podés evitar pero las podés corregir un poco”.

Va conformando así también cierta concepción subjetiva de la enfermedad: “Es raro, porque es una enfermedad que en vez de matarte te la complica, te la complica en el sentido que no sabés para dónde agarrar, es como estar medio desubicado y poca gente que encima entiende lo que te está pasando. Ellos estarán muy bien en su mundo, pero yo con mi mundo por ahí es un desastre, se me cae a cada rato y lo tengo que andar levantando. Para mí es como una enfermedad que explota, como una onda que te levanta, es así, no sé, no la entiendo, no entiendo el sistema, la forma en que te caes tanto, no sabés si es por la medicación, o la enfermedad, o no te supiste ubicar en el momento. Ubicarse es una forma de ver cómo lo que pasó fue pasando, yo no sabría decirte del todo cómo es mi enfermedad porque yo la estoy conociendo pero hay que tratar de ubicarse, poder ver el mundo para mí, con ganas de salir y no con miedo, así que es eso, la enfermedad está, pero, ¿cómo la llevás? Llevarla es el problema, si vos tomás la medicación, tomás las precauciones de que no te vuelva a pasar. Yo tomo la medicación y vengo acá (en referencia a la Casa de Prealta) Yo creo que habría que ver cómo seguir de acá adelante, tratando de esquivar un poco las internaciones o cosas que te llevan a eso. Pasa el tiempo y uno va meditando, tratando de poder ubicarse, no para todos es igual, yo escucho a otros también, cómo están, que podés trabajar, hacer proyectos, pero la enfermedad está, uno la lleva, es tratar de poder llevar las cosas, hacerlas mejor”.

Este trabajo de “meditación” que ha llevado adelante el paciente le ha permitido otro modo de arreglárselas con sus síntomas sin requerir de internación. Es,

por otra parte, un trabajo que continúa, que no está cerrado para él, pero que le va permitiendo avanzar en la elaboración psíquica de su padecer. En paralelo a este trabajo de tramitación ya no aparece la agresividad contenida, ni la peligrosidad que caracterizaban su caso en las primeras internaciones. Evidentemente, ha salido del mutismo, generando otros vínculos con sus compañeros y con los profesionales que cuentan para él en su red social.

Por otra parte, si bien la inserción de este paciente en dispositivos de externación le permitió generar un nuevo proyecto de vida, nuevamente se vuelve necesario aclarar que el dispositivo que resguarda el lazo social y lo promueve no necesariamente, y por ese sólo hecho, deviene efectivo para el tratamiento de este tipo de pacientes. En este caso en particular puede señalarse el carácter desestabilizador que han tenido los intentos de reinserción familiar, donde el lazo social no actúa regulando sino enloqueciendo aún más. El lazo social en el que este paciente logra una estabilidad es peculiar, ya que contempla su singularidad y respeta sus síntomas, dando lugar a la elaboración de modalidades de arreglárselas con el malestar. Con esto se quiere resaltar, casi al modo de una indicación clínica, que no siempre la presencia de familiares es un dato favorable para pensar en una externación, ya que como enseña este caso no se trata meramente de que haya alguien dispuesto a llevarse al paciente de alta.

Es importante recordar que la ruptura inicial del vínculo con los otros que marca el inicio de la psicosis suele comenzar por el seno familiar, cuya peculiar disposición muchas veces no habilita otra salida que la psicosis de uno de sus miembros. Entonces, es necesario evaluar cuidadosamente la configuración familiar y las posibilidades que la misma tiene de alojar al sujeto que antes ha rechazado, sopesando sobre todo qué predisposición demuestra para alojar los síntomas del paciente y la modalidad de arreglo que él mismo haya podido encontrar. Hay que evaluar quién puede convivir con el paciente y quién es compatible con la solución a la que él mismo arribó.

La consideración de estas condiciones subjetivas también podría aplicarse a la selección de pacientes para el dispositivo de casa de convivencia: inútil sería pretender una convivencia entre un paciente que se estabiliza transformando en piezas de arte desechos que encuentra en la basura con un paciente que se compensa en un estricto y obsesivo mecanismo de orden y limpieza. La incompatibilidad de los arreglos subjetivos en ese caso resulta evidente.

A título de formulación de una posible hipótesis sujeta a discusión, puede adelantarse que el lazo social que puede ofrecer una regulación parece ser entonces un lazo que aloja la diferencia subjetiva en su singularidad, no pretendiendo amordazarla en una norma estricta para todos, aunque exija cierta adaptación de la sin-

gularidad subjetiva a la modalidad de funcionamiento establecida. Es decir, parece tratarse de un lazo que soporta la falta, que habilita al deseo⁴³, que no pretende asegurar una regulación lograda y eficaz para todos, dando espacio entonces a las múltiples modalidades de arreglo que cada paciente puede encontrar.

CASO C. 58 años.

Este caso es el que ofrece un mayor período de seguimiento, ya que se cuenta en su HC con material de un lapso de veinte 20 años de tratamientos e internaciones. Durante esos años, el paciente fue internado seis veces y en la actualidad hace tres que no necesita hospitalización, por lo tanto, es también, de los tres casos comunicados, el que menor tiempo de estabilidad lograda presenta.

La duración de las internaciones se fue extendiendo a lo largo del tiempo. La primera fue de doce 12 días, seguida de un período de externación de tan sólo ocho y que se precipita en una segunda internación, que esta vez se extiende casi por dos meses y que se continúa en una externación de cuatro años y medio. La tercera internación es también muy breve, diecisiete 17 días, y la externación se sostiene durante otros cuatro años. La cuarta internación se prolonga unos meses más y nuevamente es continuada por un período de externación de casi seis años. La quinta y la sexta marcan un cambio, ya que las internaciones se prolongan (un año y medio para la quinta y dos años y medio para la sexta), aunque no ocurre lo mismo con el lapso de externación entre una y otra que dura tan sólo seis meses. Por lo tanto, se recorta un momento inicial de internaciones breves y externaciones prolongadas y otro segundo momento donde esta tendencia se invierte: internaciones prolongadas y externación más breve.

Durante el primer momento señalado, el paciente desempeñó un trabajo artesanal al que se abocó durante el período de externación que siguió a las dos primeras hospitalizaciones. Intentó retomar esa vía luego de la tercera internación pero se encontró con que había perdido su habilidad manual, en parte a causa de los movimientos anormales provocados por la medicación. En el período de externación de la cuarta hospitalización, el paciente volvió a trabajar artesanalmente, cambiando por otros tipos de materiales que presentaban una consistencia más firme y que le exigían una precisión manual diferente. Finalmente, retomó su actividad de artesano en los talleres dependientes del hospital durante las dos últimas internaciones. Esta relación con el trabajo artesanal constituye entonces un punto interesante a recabar desde la perspectiva que orienta esta investigación, ya que podría interpretarse que este oficio le permitió al paciente cierto saber-hacer, en el cual se sostuvo en las primeras externaciones y que, por otra parte, desempeñó un papel de importancia en su vida desde

su infancia, momento en el cual realiza los primeros aprendizajes (a favor de esta hipótesis nótese que la tercera hospitalización se ve desencadenada a partir de conflictos en este ámbito). Por otra parte, la medicación entra en discusión con esta solución a raíz de los efectos secundarios que genera, es decir, se constata cierta incompatibilidad subjetiva entre el tipo de tratamiento ofrecido por la institución y el auto-tratamiento encontrado por el sujeto.

Continuando con los datos aportados por la HC y respecto al motivo de las internaciones, desde un punto de vista jurídico, siempre fue internado por acta de urgencia, siendo acompañado por algún familiar en todas las hospitalizaciones. Psicopatológicamente, la presentación al ingreso es similar en todas las internaciones: excitación psicomotriz, conductas discordantes, hipoafectividad, agresividad de palabra y de hecho hacia terceros, ideación delirante de perjuicio; cuadro provocado unánimemente por el abandono del tratamiento psicofarmacológico como motivo principal de internación. En todas las externaciones persiste al momento del alta tanto la hipoafectividad como la ideación delirante. Presentó también signos de extra-pirimalismo que se fueron acentuando con el correr de las internaciones.

El diagnóstico de psicosis esquizofrénica aparece asociado en la primera internación con el de dependencia a las drogas, pero ya en la segunda internación este diagnóstico desaparece y se sostiene el de esquizofrenia, que finalmente se especifica como esquizofrenia paranoide. Según consta en su HC, el consumo se detiene con la primera hospitalización y no es retomado.

Durante estos veinte años de asistencia en la institución fue atendido por los servicios de: Guardia de Psiquiatría, SAC, PAH, Servicio de Subagudos- Sala Ingenieros, Servicio de CE de Psiquiatría, Servicio de Externación-Casa de Preata y Hospital de Día. Fue tratado por 47 profesionales, de los cuales 37 eran médicos (32 psiquiatras de planta o residentes y/o concurrentes de psiquiatría y 5 médicos clínicos), cuatro eran psicólogos (de planta, residentes o concurrentes) y seis eran trabajadores sociales. Durante las tres primeras internaciones sólo fue atendido por médicos psiquiatras. A partir de la cuarta se sumaron al equipo tratante psicólogos y trabajadores sociales.

En el apartado de los tipos de tratamiento recibidos cabe destacar que en las tres primeras internaciones el paciente sólo recibió tratamiento farmacológico (antipsicóticos típicos y atípicos), a los cuales respondió con una sedación de los síntomas aunque la ideación delirante persistía junto con la hipoafectividad. A partir de la tercera internación el paciente se niega sistemáticamente a ser medicado, adoptando una actitud querellante contra el tratamiento y llegando incluso a elaborar una ideación delirante referida a la medicación.

Esta posición del paciente con respecto a los fármacos generó numerosas dificultades para el equipo tratante.

En lo que hace a las estrategias asistenciales-institucionales, puede señalarse que, al parecer, solidariamente con el rechazo sostenido del paciente a la medicación comienzan a implementarse estrategias tendientes a reinsertarlo socialmente (ya desde la tercera internación los familiares realizan entrevistas de terapia familiar, en la cuarta internación asisten al taller de Psicoeducación, que vuelven a realizar en la quinta internación y el paciente visita regularmente a su familia en permisos de salida). Hasta la sexta internación los esfuerzos se aúnan en torno a lograr una externación con la familia que sin embargo, y a pesar del arduo y sostenido trabajo con los familiares, se muestra inviable. Si bien la familia asiste a todas las instancias de trabajo en conjunto propuestas por la institución (entrevistas familiares, Taller de Psicoeducación, etc) el correr de las internaciones deja al descubierto que esa vía resultó inconducente, llegando a formularse que algunos miembros de la familia experimentan un rechazo hacia el paciente desde su mismo nacimiento y que esta situación no se ha visto modificada. Los profesionales reiteran en la HC la evolución del siguiente suceso: el paciente está en condiciones de salir de permiso para visitar a su familia y la respuesta de la familia es que no saben dónde va a quedarse o no se encuentran disponibles para recibirlo o bien algo ocurrió a último momento que les impide recibirlo. Por otra parte, al menos una de las internaciones, la tercera, es provocada según lo referido en la HC por una pelea con su padre a raíz de una discusión sobre sus síntomas y la incredulidad del padre sobre la realidad de los mismos, situación que además se sumó a conflictos en el ámbito laboral.

La hermana del paciente refiere que *“viene a buscar al hospital lo que la familia no le brinda”*. Esta configuración familiar tiene su impacto sobre el paciente, quien ante esta situación reacciona optando por quedarse en el hospital en vez de estar con su familia con quienes experimenta sensaciones de molestia, regresando antes de los permisos y expresando que extraña al hospital. La institución parece devenir para él en un lugar donde poder vivir, del cual no desea irse.

Este caso parece demostrar que el hecho de que la familia exprese su disposición para trabajar en los dispositivos ofertados por la institución no necesariamente valida la interpretación de que una externación vía la reinserción familiar sea posible.

En la quinta internación se puede marcar un cambio a nivel de la posición subjetiva, ya que el paciente comienza a referir que no quiere irse de alta porque el hospital es *“su lugar”*, afirmando que él no tiene posibilidades de permanecer fuera del mismo: *“Estar dentro del hospital es estar al resguardo de la angustia. Yo en*

casa molesto. La solución es no vivir más con ellos, ser sólo una visita. No me acompañan, lo que para mí significa estar bien, para ellos es cuando me internan”.

¿Cómo se sale del aparente sin salida que implica para la institución un paciente con seis internaciones motivadas por abandono de tratamiento, que se niega firmemente a ser medicado, cuya familia se muestra dispuesta pero no disponible y que comienza a manifestar ciertos signos del llamado hospitalismo, es decir, ya no quiere irse de alta?

El posible trazado de una salida se vuelve legible si es posible ser dócil a las posiciones subjetivas del paciente, respetando sus síntomas y las soluciones que ha encontrado, aun cuando en un contexto como el descrito las mismas parezcan nulas.

Sin embargo, el hecho de retomar su trabajo de artesano en los talleres, a los que asiste asidua y meticulosamente a lo largo de sus últimas internaciones, sumado a la integración en nuevos lazos sociales más habilitadores de su subjetividad que los que encontraba en su familia, parecen permitirle generar un proyecto de independencia que difiere radicalmente de la estrategia de externación apuntalada en la familia. En la construcción de este proyecto se sostiene actualmente, manteniendo con su familia el único vínculo que le parece posible: el de ser solamente una visita.

Es necesario remarcar el papel que el paciente otorga al lazo con sus compañeros y los profesionales en su estabilización: *“A mí me ayuda mucho, la ayuda de dios, después los profesionales y mis amigos. Yo no había hecho nunca terapia y toda la terapia que hago, la revisión de lo que a mí me sucedía la hago con amigos y con profesionales psiquiatras. Pero con los profesionales si yo reviso 10 o 15 minutos de consulta me parece muy poco, entonces toda esta cuestión psicológica yo la trabajaba con mis amigos, algunos que les gustaba la psicología, otros estudiaban medicina. Ellos me ayudan mucho, ahora que no los tengo me doy cuenta todo lo que necesito de ellos. Yo me descompenso, me altero, me sucede algo, me altero y me pongo nervioso, con ellos estaba siempre de alguna manera contenido. No tengo esa contención entonces estallo por otro lado, al no tener la contención, la contención que tengo con los compañeros, militando, con la gente, que descarga, opina, charla, que comentan, que te dicen. Es todo un aprendizaje”.*

Esta *“revisión”* y este *“aprendizaje”* son ubicados por él mismo a nivel de una terapia de su padecer que lleva adelante tanto con profesionales como con compañeros y amigos. La misma lo conduce a construir una versión de su enfermedad que, aunque algo irónica, ahora le resulta compatible con la toma de medicación, a la que sin embargo se había opuesto en ocasiones anteriores.

El paciente genera una hipótesis que ubica como causa de sus alucinaciones a una intoxicación que habría sufrido al trabajar con ciertos productos tóxicos que requería su oficio de artesano. De esta manera, la medicación se incluye subjetivamente en esta consonancia: *“Yo que estuve intoxicado, quedé drogadependiente, tengo una fragilidad psíquica, yo en mi caso tengo una fragilidad psíquica entonces... ¿hasta dónde necesito o no la medicación? Yo creo que hay medicación que sí la necesito, sobre todo los sedantes. Ahora la risperidona que me trajo una disfunción sexual no. Lo mío era muy grave, fue una intoxicación muy fuerte y yo necesitaba medicación. Ahora estoy con antipsicóticos, ¿y qué es?, que toda la gente está loca, perturbada y yo estoy por fuera de la perturbación. Anti- psicótico, fuera de la psicosis estoy, todos preocupados y yo estoy de joda, me siento extraterrestre.”*

El paciente parece sostenerse en esta posición irónica donde sigue diciendo que no está de acuerdo con la medicación, criticándola y, al mismo tiempo, encuentra una justificación subjetiva para tomarla: *“A veces entro en cuadros depresivos, no quiero hacer nada, quiero evadirme. Antes tomaba mucho alcohol, ahora no, ahora tengo las drogas y... ¡viva la risperidona, viva las drogas! Hay otros que dicen ¡Viva el viagra!, a mí me recetaron viagra porque la risperidona me dejaba impotente y yo no quiero saber nada del viagra, no es una cuestión..., yo no soy una probeta. Resulta que la medicación me trajo problemas de disfunción sexual y para eso me dan viagra. Entonces cuando necesito ir a hacer los mandados me tomo una pastillita energizante para ir más rápido, cuando tengo contracturas me dan akinetón y el parkinson me lo da el halopidol. El halopidol realmente me hacía bien, me ensordecía la frecuencia telepática, estaba en una frecuencia más baja, no escuchaba las frecuencias bajas sólo escuchaba las frecuencias altas de telepatía, eso me daba tiempo a estar más tranquilo, a buscar cosas en mi cabeza, estaba mucho más tranquilo. Pero me daba contracturas y no me sacaban las contracturas, entonces yo no quería tomar esas medicaciones. ¿Para qué voy a estar agregando más química? A veces me siento una probeta. Ahora estuve con un cuadro renal con el valcote y se lo tiré a la doctora y le dije que no me dé más eso. Hay medicaciones que me hacen mal. Directamente me hacen mal, mal, mal. Muchas veces dejé mi tratamiento con profesionales femeninos, porque llegaba un punto que decía bueno ‘hasta acá lo intenté pero no puede seguir’, si no me entiende mi psiquiatra que me está medicando, que no te entienda un psicólogo bueno, pero el psiquiatra te está medicando, vos le hacés un planteo farmacológico, clínico, le hablás de dolencias, de síntomas, es clave eso, el apoyo profesional”.*

Este cambio de posición subjetiva que va desde un rechazo radical a ser medicado hasta la posibilidad de poder ironizar al respecto, deja un margen donde el tratamiento psicofarmacológico es posible en la transferencia con un profesional dócil a las posiciones subjetivas de este paciente.

Tampoco se trata entonces de cuestionar la importancia de la medicación en el tratamiento de las psicosis. Este caso parece demostrar que cuando la medicación entra en una lógica subjetiva del malestar las posibilidades de abandono de ese tratamiento disminuyen notablemente.



**Comisión Nacional Salud Investiga
Ministerio de Salud de la Nación
Rivadavia 877 3º Piso
saludinvestiga@msal.gov.ar
www.saludinvestiga.org.ar**