

Convivencia barrial con pacientes psiquiátricos y sus efectos en las actitudes de la comunidad: estudio en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. 2012-2013

Neighborhood living with psychiatric patients and its impact on community attitudes: study in the Province of Buenos Aires, Argentina. 2012-2013

Sara E. Ardila-Gómez¹, Marina Fernández², María I. Hartfiel³, Guadalupe A. Ares-Lavalle⁴, Mariana Borelli⁵, Valeria Canales⁶, Alicia Stolkiner⁷

- ¹ Psicóloga. MAgíster en Psicología Social Comunitaria. Doctora en Salud Mental Comunitaria. Becaria Posdoctoral CONICET, Universidad Nacional de Lanús, Docente-Investigadora Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires Argentina. Correo electrónico: saraardi@gmail.com
- ² Lic. en Psicología, Maestranda en Salud Mental Comunitaria, Becaria UBACyT. Docente-Investigadora Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina. Correo electrónico: fernandez.marina84@gmail.com.
- ³ Licenciada en Sociología. Docente Universidad Nacional Arturo Jaretche. Correo electrónico: mariselhar@hotmail.com
- ⁴ Licenciada en Psicología, Docente-Investigadora Universidad Nacional de Lanús y Universidad de Buenos Aires. Argentina Correo electrónico: gareslavalle@gmail.com
- ⁵ Licenciada en Psicología, Psicóloga, Becaria Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital José A. Estéves, Temperley. Correo electrónico: mariana.borelli@gmail.com
- ⁶ Licenciada en Psicología. Becaria Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Argentina. Correo electrónico: licvaleriacanales@gmail.com
- ⁷ Licenciada en Psicología, Profesora-Investigadora Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Correo electrónico: astolkiner@gmail.com

Recibido: 30 de junio de 2014. Aprobado: 20 de diciembre de 2014. Publicado: 15 de marzo de 2015

Ardila-Gómez SE, Fernández M, Hartfiel M, Ares-Lavalle GA, Borelli M, Canales V, Stolkiner A. Convivencia barrial con pacientes psiquiátricos y sus efectos en las actitudes de la comunidad: Estudio en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. 2012-2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2015; 32(supl 1):S123-S133.

Resumen

Objetivo: Analizar las transformaciones producidas en las actitudes de la comunidad de vecinos al tener entre sus miembros a pacientes psiquiátricos. **Metodología:** estudio observacional analítico en el que se compararon zonas de vecinos de casas de convivencia en las que habitan pacientes psiquiátricos atendidos ambulatoriamente y zonas equivalentes pero sin casas de convivencia. Se elaboró y aplicó un cuestionario a 236 personas (grupo de estudio n = 117; grupo control n = 119), que indagaba por características del barrio, actitudes frente a poblaciones específicas e ideas frente a la enfermedad mental y su tratamiento. También se analizó una sub-muestra de vecinos (n = 9) con otro cuestionario que exploraba por la convivencia

barrial con los pacientes psiquiátricos y sus efectos. El análisis de los datos fue cuantitativo (SPSS 18.0) y cualitativo. **Resultados:** se destaca la asociación estadísticamente significativa entre ser vecino y el grado de aceptación hacia personas con “enfermedad mental”, y entre el grado de cohesión social y la aceptación de la “enfermedad mental”. **Conclusiones:** la convivencia barrial con pacientes psiquiátricos tendría efectos en las actitudes de los vecinos, las cuales podrían ser vistas como una dimensión de su salud mental, entendida ésta en términos psicosociales. -----**Palabras clave:** salud mental, integración a la comunidad, conocimientos, actitudes y prácticas en salud, atención ambulatoria, Argentina

Abstract

Objective: To analyze the effects on the neighbors' attitudes related with the community living with people discharged from a psychiatric hospital. **Methodology:** Observational analytical study where two groups were compared: one composed by neighbors of group homes for discharged patients from a psychiatric hospital (study group, n = 117) and the other composed by an equivalent area but without group homes nearby (control group, n = 119). A questionnaire was administered to both groups and it explored: neighborhood features, attitudes toward certain groups, attitudes toward mental illness and its treatment. A sub-sample of the study group (n = 9) was re-contacted and a new questionnaire was administered with the purpose to analyzed in depth the community life with the group home tenants and its effects

on the neighborhood and the neighbors. Data was analyzed quantitatively (SPSS 18.0) and qualitatively. **Results:** It was found a statistically significant difference between the study and the control group regarding acceptance toward people with mental illness. Also, an association between the level of social cohesion and the acceptance toward people with mental illness, was found. **Conclusions:** Community life with people discharged from psychiatric hospital would have an effect on the neighbors' attitudes, which could be seen as a dimension of the community mental health.

-----**Keywords:** "Mental Health", "Community Integration", "Health Knowledge, Attitudes, Practice", "Ambulatory Care", "Argentina".

Introducción

La Declaración de Caracas [1] sentó las directrices para las reformas de los Sistemas de Atención en Salud Mental en América Latina. Más de dos décadas después, las llamadas reformas psiquiátricas se han desarrollado de manera diversa en el continente, relacionado esto con aspectos intrínsecos al campo de la Salud Mental en cada país, así como con las particularidades en la organización de sus Sistemas de Salud [2], y más allá de éstos, de sus sociedades.

En Argentina, así como en otros países de la región, aún subsisten tras 25 años de la Declaración de Caracas y casi diez de los Principios de Brasilia [3], formas manicomiales de atención en Salud Mental. En un informe del año 2007 realizado por un organismo de derechos humanos de Argentina [4] fue señalada la existencia de aproximadamente 25.000 personas en el país internadas durante períodos prolongados o de por vida en instituciones asilares en las cuales se detectaron violaciones de derechos. En el mismo informe se planteaba que el 75% de las personas atendidas en el sub-sistema público de salud argentino se encontraban internadas en instalaciones de 1000 camas o más. Esta situación ha coexistido con experiencias innovadoras de atención con enfoque comunitario desarrolladas en algunas provincias o municipios a partir del retorno a la democracia en 1983. Actualmente se encuentra en proceso de implementación la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en 2010, la cual propone sustituir el enfoque tutelar por el enfoque de derechos, abandonando la mirada protectora y custodial sobre las personas con padecimiento mental [5]. La Ley, en el marco de los acuerdos y tratados internacionales en la materia, plantea una reformulación de la asistencia en Salud

Mental dirigida a garantizar la inclusión y los derechos de las personas con ese tipo de padecimiento [6].

En este contexto resulta de particular importancia articular la producción académica con las necesidades de los servicios de atención [7]. El estudio que se presenta hace parte de una línea de investigación sobre metodologías y herramientas de evaluación de servicios comunitarios de Salud Mental plausibles de ser implementadas y utilizadas en el contexto local, siendo una de sus metas el proveer a las discusiones y decisiones sobre la Atención en Salud Mental en el país de argumentos más sólidos. La misma ha contado con una sucesión de proyectos desarrollados en colaboración entre la Universidad Nacional de Lanús y un programa provincial de rehabilitación y externación asistida para pacientes con internaciones prolongadas en un hospital estatal psiquiátrico. La investigación fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús, y en el caso de una de sus integrantes, por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina. El término "externación" se utiliza para hacer referencia a programas dirigidos a personas con internaciones prolongadas en instituciones psiquiátricas, y que buscan, como su nombre lo indica, que tales personas salgan o se externen del hospital.

En las etapas anteriores de la línea de investigación se analizaron herramientas internacionales de evaluación de servicios de Salud Mental, y se trabajó sobre las representaciones y prácticas frente a la evaluación de la atención por parte de trabajadores y usuarias del programa de externación. En la etapa que se expone aquí se partió de una pregunta poco frecuente: qué modificaciones se producirían en las concepciones y valores con respecto a la "enfermedad mental" en las personas que interactuaban cotidianamente con las mujeres usuarias del programa de externación que habitaban en casas de convivencia en vecindarios. El

supuesto de base era que, a la vez que son necesarias transformaciones importantes de las representaciones de la sociedad respecto de la “enfermedad mental” para producir una reforma efectiva de la asistencia, resulta bastante posible que las reformas mismas produzcan modificaciones sinérgicas en las representaciones y prácticas de la sociedad.

La revisión de la literatura permite señalar que se han realizado algunos estudios que indagan por el grado de aceptación de las personas externadas de hospitales psiquiátricos por parte de los habitantes de los barrios a los cuales pasan a vivir. Tales estudios han establecido que la resistencia y los prejuicios frente a la vida comunitaria con personas externadas de hospitales psiquiátricos son más frecuentes en comunidades en las cuales no existen dispositivos habitacionales para este tipo de personas, que en aquellas en donde efectivamente los hay [8, 9,10]. Esto sugiere que el compartir ámbitos cotidianos de socialización con personas con “enfermedad mental” puede relacionarse con una reducción en los prejuicios hacia tales personas. La mayoría de los estudios con vecinos han sido realizados en Estados Unidos y en países europeos, habiéndose encontrado sólo uno llevado a cabo en América Latina, específicamente en Chile, en el cual se evaluaron las percepciones de tutores y vecinos respecto de personas con esquizofrenia que estaban bajo tratamiento ambulatorio, concluyéndose que el contacto directo con tales personas reducía el estigma y la discriminación [11]. De este modo, y si se considera que una de las dimensiones de la salud mental -entendida ésta en términos psicosociales- radica en la capacidad para convivir con otros aceptando sus diferencias [12], sería posible suponer que la convivencia comunitaria con personas con enfermedad mental podría tener efectos positivos, no sólo en las personas externadas, sino en la salud mental de las comunidades a las cuales éstas pasan a vivir.

Con base en lo anterior, el estudio tuvo como objetivo general analizar los posibles efectos en las actitudes de la comunidad, relacionados con la convivencia comunitaria con pacientes externados de hospitales psiquiátricos.

Metodología

Tipo de Estudio: Se trata de un estudio observacional analítico. En una primera etapa se compararon dos grupos a fin de analizar la relación entre la convivencia comunitaria con personas externadas de hospitales psiquiátricos y las actitudes en integrantes de dicha comunidad. En una segunda etapa se tomó una submuestra del grupo de estudio para analizar en mayor profundidad la convivencia barrial con las personas externadas. El trabajo se enmarca en la investigación

evaluativa, la cual busca analizar los efectos y el rendimiento de una intervención [13] en este caso, la presencia en los barrios de vecinos externados de instituciones psiquiátricas.

Población y Muestra: El Programa de Externación y Rehabilitación Asistida mediante el cual son atendidas las personas que viven en los vecindarios estudiados, surgió en el año 1999, con el propósito de promover y sostener la externación de personas internadas en hospitales estatales de la Provincia de Buenos Aires, quienes permanecían internadas por carecer de soportes familiares y económicos que posibilitaran su alta y vida en comunidad [14]. El estudio se enfocó en la implementación de este programa en el Hospital José A. Estéves, un monovalente de mujeres ubicado en la zona sur del Gran Buenos Aires. El mismo contaba en el momento del estudio con 12 casas de convivencia ubicadas en barrios residenciales de clase media de la zona, en las cuales vivían 45 mujeres externadas. El programa, además de la provisión de la vivienda, ofrece tratamiento psiquiátrico y psicológico a las usuarias, así como acompañamiento en su vida cotidiana de acuerdo a las necesidades particulares, ofreciendo así distintos grados de apoyo. También cuenta con un Centro Comunitario que brinda talleres y actividades culturales y artísticas abiertas a toda la comunidad, incluidas las usuarias del programa. Además de las mujeres que viven en las casas de convivencia, el programa también atiende a mujeres que no habitan allí pues lograron recuperar o desarrollar vínculos o medios económicos de vida que les posibilitaron vivir fuera de las casas.

A partir de la ubicación de las casas de convivencia, se definieron los grupos de estudio y de control. De las 12 casas existentes en el momento del estudio se excluyó a una por estar ubicada en un área comercial y de edificios, lo cual difería de las 11 restantes [residencial, predominantemente casas). En función de las 11 casas de convivencia se mapearon seis zonas definidas como grupo de estudio, las cuales correspondían a las dos cuerdas a la redonda de cada casa de convivencia. Esta delimitación se fundamentó en la conceptualización del vecindario como un escenario social en el cual acontece la vida cotidiana de las personas, y específicamente de las mujeres del programa, que es posible de delimitarse por aquel espacio próximo por el cual se circula y que corresponde “al mundo del peatón” [15].

Debido a que algunas de las casas de convivencia quedan próximas unas de otras, algunas zonas incluyeron más de una casa. A las mismas se les denominó para fines analíticos, como “zonas de alta densidad”, y a las que tenían una sola casa como “zonas de baja densidad”. Una vez hecho el mapeo de las zonas del grupo de

estudio, se procedió a la delimitación de las zonas del grupo de control, ubicadas a una distancia mayor (cuatro cuadras a la redonda) de las casas de convivencia. En el momento de realizarse el estudio todas las casas llevaban funcionando entre tres y doce años.

Una vez definidas las zonas, se enumeraron las manzanas de las mismas y se seleccionó aleatoriamente para cada una el orden a seguir en la aplicación del cuestionario, hasta alcanzar el número predefinido para cada zona. Por ejemplo, si la aleatorización de una zona indicaba que el orden de aplicación de las manzanas de esa zona era tres, uno, nueve, se iniciaba en la manzana tres y se procuraba completar en ésta el número de cuestionarios establecidos, y en caso de no lograrlo se pasaba a la manzana uno, y así sucesivamente. El tamaño establecido de la muestra fue de 240 domicilios, 120 para cada grupo.

A partir del análisis de las respuestas a los cuestionarios, se seleccionó a una sub-muestra del grupo de estudio, conformada por personas que hubiesen respondido que conocían entre sus vecinos a una persona que hubiese estado internada en un hospital psiquiátrico, y que aceptasen volver a ser contactados. El tamaño de esta segunda muestra fue de 16 vecinos.

Instrumentos: Para la primera fase se utilizó un cuestionario compuesto por 35 preguntas (abiertas y cerradas), correspondientes a cuatro áreas de indagación: datos sociodemográficos, características de los barrios, actitudes frente a problemáticas específicas y actitudes frente a la “enfermedad mental” y su tratamiento. Para la segunda fase se diseñó otro cuestionario semi-estructurado que constaba de 16 preguntas (dos cerradas, 14 abiertas) el cual exploraba por la interacción de los encuestados con las personas externadas de hospitales psiquiátricos que vivían en el barrio y que afirmaban conocer, así como por las percepciones acerca de los efectos de la presencia de dichas personas en el barrio.

Procedimiento: El cuestionario en los barrios fue administrado por estudiantes de trabajo social y psicología de dos universidades nacionales, capacitados para dicho fin. A cada encuestador se le asignó una zona, sin informarle si se trataba de un área del grupo de estudio o de control. Cada encuestador iniciaba la toma de cuestionarios por la primera manzana elegida mediante la aleatorización, y debía recorrerla siguiendo el sentido de las agujas del reloj y tocando el timbre en todos los domicilios, hasta completar el número de cuestionarios predefinidos para cada zona. El encuestador se identificaba como estudiante universitario y explicaba a quien lo atendía el propósito del estudio, en términos de evaluar los efectos de programas socio-sanitarios de la Provincia de Buenos Aires. Se le explicaba a la persona que era voluntaria la participación y que podría terminar la entrevista en el momento que lo deseara, el anonimato de las respuestas, y se le entregaban los datos de contacto del investigador principal. Se encuestaba

en cada domicilio al primer adulto que respondiera al llamado y que aceptara participar del estudio.

El cuestionario semi-estructurado para la sub-muestra del grupo de estudio fue administrado por integrantes del equipo de investigación. A las personas que no fue posible contactar en su domicilio tras tres intentos, se los llamó telefónicamente. Una vez se establecía contacto, se recordaba el cuestionario realizado anteriormente y se planteaba el objetivo de este nuevo cuestionario, señalando una vez más que la participación era voluntaria.

Análisis: Los resultados del primer cuestionario fueron analizados cuantitativamente mediante el programa SPSS 18.0, y cualitativamente para algunas de las preguntas abiertas [16]. El segundo cuestionario fue analizado cualitativamente. Para el análisis cualitativo se realizó la construcción de las categorías para cada pregunta de manera independiente por al menos dos integrantes del equipo de investigación. Una vez discutidas y acordadas las categorías, se procedió a la categorización de las respuestas, la cual también fue realizada de manera independiente, a fin de establecer la concordancia inter-observadores.

Resultados

Cuestionario en Zonas de “Vecinos” y de “No Vecinos” de Casas de Convivencia

De los 240 cuestionarios administrados, se excluyeron 4 por datos faltantes, siendo analizados 236 (Grupo de Estudio= 117; Grupo Control= 119). La tasa de respuesta al cuestionario fue de 28,8% (Grupo de Estudio= 29,5%; Grupo Control= 28,2%).

Características Socio-Demográficas: La síntesis de estos datos se presenta en la tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para ninguna de las variables medidas. Aun así, cabe mencionar que hubo más adultos medios (25 a 64 años) en el grupo de estudio y más adultos mayores (65 en adelante) en el grupo control. Las encuestas se realizaron tanto en viviendas (89,9%) como en comercios (10,1%) teniendo una distribución similar en ambos grupos. La comparación de estos datos con los de la población general permite señalar que el nivel educativo promedio de la muestra fue más alto que el de la población general, diferencia que puede atribuirse a que la muestra correspondió a barrios de clase media.

Características de los Barrios: Se indagó por el tiempo de permanencia en los barrios de las personas encuestadas, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Es de señalar que se observó una prolongada permanencia en el barrio, siendo de 10 años o más para el 67,5% (n = 79) del grupo de estudio y del 59,7% (n = 71) para el grupo control.

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Características sociodemográficas		Grupo de Estudio	Grupo Control	Total
Sexo	Masculino	47,8% (n=56)	47,9% (n=57)	47,9%(n=113)
	Femenino	52,2%(n=61)	52,1% (n=62)	52,1%(n=123)
Edad	19-24 años	4,3%(n=5)	5% (n=6)	4,7% (n=11)
	25-64 años	75,2%(n=88)	67,2%(n=80)	71,2%(n=168)
	65 o más años	19,7%(n=23)	27% (n=32)	23,3% (n=55)
	Sin dato	0,8%(n=1)	0,8(n=1)	0,8%(n=2)
Estado Civil	Soltero	24,8%(n=29)	18,5%(n=22)	21,6%(n=51)
	Casado/U. Libre	57,3%(n=67)	59,7%(n=71)	58,5%(n=138)
	Divorciado	6,8%(n=8)	10,1%(n=12)	8,5%(n=20)
	Viudo	9,4%(n=11)	9,2%(n=11)	9,3%(n=22)
	Sin Dato	1,7% (n=2)	2,5%(n=3)	2,1%(n=5)
Escolaridad	Sin estudios	0,8%(n=1)	0	0,4%(n=1)
	Primario	21,4%(n=25)	17,7%(n=21)	19,5%(n=46)
	Secundario	41,9%(n=49)	32,8%(n=39)	37,3%(n=88)
	Universitario	35,9%(n=42)	48,7%(n=58)	42,4%(n=100)
	Sin Dato	0	0,8%(n=1)	0,4%(n=1)
Ocupación	Ama de Casa	17,1%(n=20)	14,3%(n=17)	15,7%(n=37)
	Con trabajo	62,4%(n=73)	64,7%(n=77)	63,6%(n=150)
	Sin Trabajo	4,3%(n=5)	2,6%(n=3)	3,4%(n=8)
	Jubilado	14,5%(n=17)	17,6%(n=21)	16,1%(n=38)
	Sin Dato	1,7%(n=2)	0,8%(n=1)	1,2(n=3)

Se indagó también por los cambios ocurridos en el barrio en los últimos 10 años. Un 64,9% del grupo de estudio y un 63% del grupo control respondió que sí se habían observado cambios en el barrio, refiriéndose estos a: mejoras en la infraestructura del vecindario (35% grupo de estudio, 14% grupo control), crecimiento del barrio (22% grupo de estudio, 24% grupo control); mayor inseguridad, entendida ésta como aumento de la delincuencia (10,4% grupo de estudio, 34% grupo control) y llegada de nuevos vecinos (14,6% grupo de estudio, 22% grupo control). Cabe mencionar que al describir a los nuevos vecinos se señaló que éstos eran “jóvenes”. También se solicitó a los encuestados que valoraran su barrio de acuerdo a ciertas características (amable, seguro, solidario, tranquilo, sociable, agradable). La valoración de los barrios tendió a ser muy favorable en ambos grupos, y la única característica que se indicó como preocupante para los encuestados fue la de la seguridad.

Por otro lado, y con base en los desarrollos conceptuales sobre cohesión social y red social [17, 18] se construyó la categoría “cohesión social percibida” a partir de las siguientes preguntas: 1). Cuánto se conoce la gente entre sí en su barrio; 2). Con cuántos vecinos usted se saluda; 3). Con cuántos conversa, 4). Con cuántos tiene una relación cercana, 5). Vivió alguna situación

en la que un vecino requirió de su ayuda, y 6). Vivió alguna situación en la que usted requirió ayuda de un vecino. A partir de esto se establecieron valores de alta y baja cohesión social percibida para cada pregunta, y se categorizó a un sujeto como teniendo baja o alta cohesión social percibida si cuatro de las seis respuestas iban en la misma línea. Cuando no era posible categorizar la respuesta en una u otra línea (alta o baja) se la consideró como cohesión social neutra. Los resultados mostraron una baja cohesión social percibida para el 6% del grupo de estudio y el 15% del grupo de control, una cohesión social neutra para el 57% del grupo de estudio y el 52% del grupo de control, y una cohesión social alta para el 37% del grupo de estudio y el 33% del grupo de control. Se aplicó la prueba chi cuadrado y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en lo que respecta a la cohesión social percibida.

Finalmente se preguntó por las situaciones en las cuales los encuestados fueron ayudados por, o brindaron ayuda a un vecino. Las dos situaciones más frecuentes en las cuales se requirió de ayuda o se brindó ayuda se refirieron a problemas de salud/emergencias médicas y a eventos relacionados con inseguridad y delincuencia. Así, un 34% de los encuestados del grupo de estudio que requirieron ayuda de un vecino y un 33,8% de

quienes brindaron ayuda a un vecino lo hicieron frente a problemas vinculados con la salud, siendo los porcentajes para el grupo control del 30% al recibir ayuda y del 38,4% para dar ayuda. En lo que respecta a las situaciones de inseguridad, en el grupo de estudio un 17% requirió ayuda y un porcentaje equivalente brindó ayuda a un vecino, siendo en el caso del grupo control del 27% brindando ayuda y del 15,4% recibiendo ayuda.

Actitudes Frente a Poblaciones Específicas: Se indagó acerca de la aceptación hacia personas con retardo mental, discapacidad física, enfermedad mental y consumo de drogas, en una escala de 1 a 10, siendo 1 la más baja aceptación y 10 la más alta. Los resultados mostraron una tendencia a la aceptación alta (valores entre 8 y 10) para ambos grupos en el caso del retardo mental (Grupo de estudio=70,6%; grupo control=60%), discapacidad física (Grupo de estudio=79,9%; Grupo control=64,8%) y enfermedad mental (Grupo de estudio=67,3; Grupo control=57,5%). Por el contrario, para las personas con consumo de drogas las respuestas indicaron una aceptación baja (valores entre 1 y 3) para el grupo de estudio (57,8%) y una aceptación media (valores entre 4 y 7) para el grupo de control (44,5%).

Actitudes Frente a La Enfermedad Mental y su Tratamiento: En relación a la aceptación frente a las personas con enfermedad mental se analizaron y compraron las frecuencias simples de grado de aceptación (1 a 10). Para ello se aplicó la prueba chi

cuadrado, siendo los valores obtenidos $\chi^2 = 18,813$; $v = 8$; $p = 0,045$. En este sentido se puede señalar una asociación entre el hecho de ser vecino y el grado de aceptación de la “enfermedad mental”. A su vez, se cruzó la aceptación frente a las personas con enfermedad mental con la categoría de “cohesión social percibida”, encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 10,637\%$; $v = 4$; $p = 0,031$) entre la cohesión social alta y un mayor grado de aceptación hacia las personas con “enfermedad mental”. También se analizó la aceptación en las zonas de alta densidad (más de una casa de convivencia) y de baja densidad (sólo una casa de convivencia), siendo los porcentajes de aceptación alta frente a las personas con enfermedad mental de 80% y 61,3% respectivamente, diferencia que no es estadísticamente significativa, aunque se aproxima ($\chi^2 = 5,016$; $v = 6$; $p = 0,054$).

A su vez se preguntó a los encuestados: *¿qué piensa sobre las personas con “enfermedad mental”?* Las respuestas obtenidas se categorizaron de acuerdo a los tres componentes de las actitudes: ideas, acciones y afectos [19], cuyos resultados se muestran en la tabla 2. Es de señalar que se encontraron dos diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta al componente de “ideas”: la primera, en la que se refiere a que las personas con enfermedad mental son “enfermas”, con más respuestas en el grupo control ($\chi^2 = 11,218$, $v = 1$, $p = 0,001$); y la segunda, en la idea de que “son

Tabla 2. Categorías actitudes hacia las personas con enfermedad mental

	Acciones	Grupo de Estudio	Grupo Control	Total
Acciones	Tratam. Especializado	27,8%(n=15)	31,5%(n=17)	29,6%(n=32)
	Ayuda/asistencia	29,6%(n=16)	22,2%(n=12)	25,9%(n=28)
	Integración	20,4%(n=11)	18,5%(n=10)	19,4%(n=21)
	Contención	9,3%(n=5)	12,9%(n=7)	11,1%(n=12)
	Acompañamiento	5,6%(n=3)	9,3%(n=5)	7,4%(n=8)
	Paciencia	7,4%(n=4)	5,6%(n=3)	6,5%(n=7)
Ideas	Son enfermos	30,8%(n=12)	69,5%(n=25)	49,4%(n=37)
	Capacidades diferentes	30,8%(n=12)	19,4%(n=7)	25,3%(n=19)
	Son como todos	38,4%(n=15)	11,1%(n=4)	25,3%(n=19)
Afectos	Compasión	52,9%(n=9)	62,5%(n=10)	57,6%(n=19)
	Positivos	5,9%(n=1)	0	3%(n=1)
	Negativos	41,2%(n=7)	25%(n=4)	33,4%(n=11)
	Neutros	0	6,25%(n=1)	3%(n=1)
	Miedo	0	6,25%(n=1)	3%(n=1)

como todos”, con más respuestas en el grupo de estudio ($\chi^2=7,402$, $v = 1$, $p = 0,025$).

Con relación a las actitudes frente al tratamiento para las personas con enfermedad mental, las respuestas fueron analizadas considerando dos dimensiones: 1). Referida a los dispositivos de tratamiento mencionado; y 2). A los actores incluidos. Respecto a los dispositivos de tratamiento, las principales categorías de respuesta fueron: internación, medicación, tratamiento ambulatorio, contención familiar y reinserción social. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para estas categorías, aunque cabe mencionar que las modalidades de reinserción y tratamiento ambulatorio fueron mencionadas con mayor frecuencia por el grupo de estudio. Acerca de los actores involucrados en el tratamiento, las respuestas fueron agrupadas en: la familia, tratamiento médico o profesional, la comunidad, y los propios pacientes. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, es posible mencionar que en grupo de estudio se hizo más mención a la familia que en el grupo de control, y que el tratamiento especializado fue más mencionado por el grupo de control que por el grupo de estudio.

Se indagó también por la experiencia directa con personas con enfermedad mental, siendo los porcentajes similares para ambos grupos. Así, un 14,6% del grupo de estudio y un 13,4% del grupo de control señaló tener un familiar con enfermedad mental; por otro lado, un 47% del grupo de estudio y un 31,1% del grupo control dijo conocer a alguien que trabajaba con personas con enfermedad mental.

También se exploró por los efectos percibidos en el barrio al contar entre los vecinos con personas externadas de hospitales psiquiátricos. Es de señalar que un 25,7% del grupo de estudio afirmó que en el barrio vivían personas que habían estado internadas en un hospital psiquiátrico, mientras que para el grupo control el porcentaje fue del 18,5%. Con relación a los efectos de tener entre los vecinos a una persona que estuvo internada en un hospital psiquiátrico para el barrio, las respuestas fueron categorizadas en: temor, rechazo, indiferencia, solidaridad, ningún efecto, otros efectos, y no sabe/no contesta. La frecuencia de las mismas se muestra en la figura 1. Cabe resaltar de estos resultados que el efecto de “temor” fue más frecuente para el grupo control que para el grupo de estudio, siendo una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 8,195$, $v = 1$, $p = 0,005$).

Al indagar acerca de lo que los vecinos pueden hacer por otro vecino con enfermedad mental es de resaltar que los resultados del grupo de estudio y del grupo control fueron muy similares, por lo cual el análisis se presenta para el total de la muestra. Así, un 32,2% ($n = 76$) de ésta dijo creer que los vecinos pueden ayudar a tales personas, aunque no fue explorado a profundidad qué implicaba dicha ayuda. En los casos en los cuales

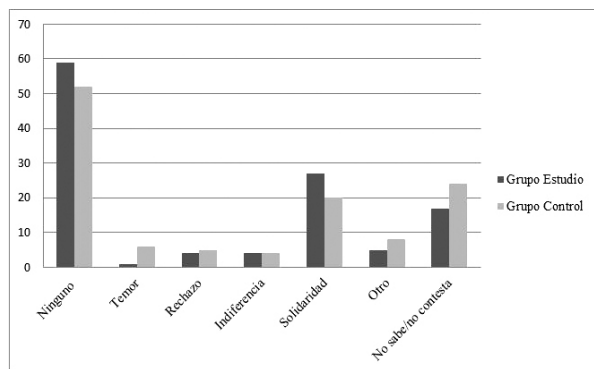


Figura 1. Efectos en el barrio de tener un vecino que estuvo internado en un hospital psiquiátrico

los encuestados ampliaron su respuesta, la ayuda se refirió a tareas de la vida cotidiana (tales como ayudar con las compras, con la comida, con ropa). También, un 12,3% ($n = 29$) cree que los vecinos pueden incluir a las personas con enfermedad mental y un 10,6% ($n = 25$) dijo que los vecinos podían integrar a tales personas. Por otro lado, un 8,9% ($n = 21$) de los encuestados dijo que los vecinos pueden hacer poco o nada por una persona con enfermedad mental, señalándose en algunos casos que tal imposibilidad estaba ligada a la falta de capacitación respecto de la problemática o a que esto era responsabilidad de la familia. Es de destacar que las respuestas dadas hicieron referencia en su mayoría a acciones que podía realizar la persona encuestada de manera particular, y sólo en un caso la respuesta estaba referida a una acción colectiva de los vecinos.

Cuestionario Semi-Estructurado a Vecinos Seleccionados

El cuestionario semi-estructurado a vecinos seleccionados fue pensado en el diseño inicial del estudio para ser administrado a una muestra elegida siguiendo el criterio de casos extremos [20], es decir, tomando a entrevistados del grupo de estudio que hubiesen puntuado como teniendo una baja aceptación, y una alta aceptación frente a la enfermedad mental. No obstante, cumplir con este criterio no fue posible pues las respuestas tendieron a ubicarse en los puntajes de alta aceptación. Aun así, se decidió realizar el cuestionario, pero tomando la muestra solamente entre aquellos con un puntaje de aceptación alta, y que además cumplieran con los dos criterios de inclusión: haber afirmado que entre sus vecinos había personas que habían estado internadas en hospitales psiquiátricos, y haber aceptado ser contactados nuevamente. Así se obtuvo una muestra de 16 personas, pudieron ser contactadas nueve de ellas.

Es de destacar que los vecinos a los cuales se refirieron en sus respuestas, correspondían en siete casos a mujeres del programa de externación, y en dos a otras personas que no hacían parte del mismo (vivían con su familia o eran vecinos de toda la vida del barrio).

Interacciones con los vecinos que estuvieron internados en un hospital psiquiátrico: La mayoría de los entrevistados señaló que su relación con su vecina externada (en todos los casos se refirieron a vecinas mujeres) era similar a la que tenían con cualquier otro vecino, por ejemplo:

- Igual a la de cualquier vecino.
- Normal, como cualquier vecino. Nos saludamos, como con el vecino de enfrente.
- Buena, amable, saludan siempre que pasan y cuando las veo en el almacén.
- Las saludo cuando las veo, saludan a mi familia y se quedan conversando.

En este sentido, las interacciones en su mayoría se refirieron a “saludar”, aunque en algunos casos fue posible observar un nivel más de cercanía: “conversar”.

Algunas respuestas que ejemplifican estos dos niveles son:

- Sólo nos saludamos.
- Las saludo cordialmente cuando nos encontramos en la parada del colectivo.
- Siempre que las veo saludo o converso si ellas se me ponen a hablar.
- Las saludo y si tienen problemas lo exteriorizan y vienen acá a contar lo que les pasa. Por ejemplo, le robaron a una de ellas el otro día y vinieron a contarlo.
- Cada vez que las veo las saludo y converso. Con algunas tengo más onda y les hago chistes. Les digo: “¿cuándo nos casamos?”

Percepciones acerca de los efectos en el barrio de la presencia de personas que estuvieron internadas en un hospital psiquiátrico: Se preguntó también si se consideraba que la presencia de tales vecinos externados era un problema para el barrio, o si por el contrario era de ayuda. Ninguna de las personas lo percibió como problema, señalando en su mayoría que no tenía efecto alguno, ni bueno ni malo. Quienes por otro lado señalaron que la presencia de tales vecinos podía ser de ayuda para el barrio y para ellos mismos, se refirieron a que generaban mayor tolerancia y concientización, y también que poder ayudar a otros era positivo:

- Enseña a ser más tolerante
- Positivo porque te sacas los mitos de encima. Está bueno porque es un proceso de aprendizaje.
- Es una ayuda para los vecinos. Para generar conciencia y que la gente vea que son como todos.
- Me siento bien de ayudar cuando les pasa algo porque vienen acá y nos cuentan.

Por otro lado, se indagó por los cambios en las ideas de los entrevistados acerca de las personas con enfermedad mental, a partir de su interacción con sus vecinos externados. Sólo dos personas señalaron que antes de conocerlas tenían ideas negativas: que eran agresivas o ideas de deterioro. Aun así, en su mayoría los entrevistados señalaron que la vida en comunidad les había hecho pensar:

- Que pueden hacer una vida normal. Incluso, hay algunas que trabajan, otras baldean la vereda. Yo me las he cruzado en el centro de Lomas.
- Pienso lo mismo que antes, que deben ser integradas y tratadas como cualquier otra persona. Creo que deben vivir fuera del hospital.
- Son personas, son normales.
- Yo pienso que está bien, que es un programa que está reinsertando, siempre se habla de la reinsertación de las personas drogadictas o que estuvieron en la cárcel; pero este tipo de programa es totalmente distinto.

Discusión

Como se señalara, el objetivo general del estudio fue analizar los posibles efectos en las actitudes de la comunidad, relacionados con la convivencia comunitaria con pacientes externados de hospitales psiquiátricos. Al respecto es posible resaltar algunos hallazgos, que merecen ser discutidos y matizados.

El primero de ellos se refiere a las diferencias en la aceptación de las personas con enfermedad mental entre los grupos de estudio y de control, encontrándose mayores grados de aceptación en el grupo de estudio. Esto es coincidente con lo señalado por otros estudios [8, 11, 21,22] en el sentido de que la cercanía y cotidianeidad con personas con enfermedad mental se asociaría con actitudes más positivas hacia tales personas. Otros hallazgos del presente estudio que apoyan dicha hipótesis son la mayor presencia de ideas sobre las personas con enfermedad mental como “enfermas” en el grupo control, de que “son como todos” en el grupo de estudio, y la noción de que la presencia de tales personas en el barrio podía generar “temor”, con mayor frecuencia en el grupo control.

No obstante, lo anterior debe ser contrastado con el hecho de que sólo un cuarto del grupo de estudio señaló que entre sus vecinos había personas que habían estado internadas en hospitales psiquiátricos, es decir, la aceptación referida no estaba relacionada, al menos no de manera consciente, con su experiencia con estos vecinos. Sin embargo, también sería posible señalar que el no reconocer que se contaba con vecinos que estuvieron internados se relacionaba con que las casas de convivencia del programa llevan muchos años en los barrios, y en consecuencia, aunque su presencia pudo haber tenido un efecto, los vecinos se acostumbraron a éstas, llegando incluso a no identificarlas. También es necesario señalar que la forma y estrategia desarrollada por el programa en la instalación de las casas en los barrios es una variable a considerar a la hora de ponderar la aceptación de las personas externadas por parte de los vecinos. En este programa se optó por habilitar las casas sin hacer ningún trabajo previo con la comunidad de información o sensibilización, por lo cual sería posible señalar que los cambios fueron siendo producidos por la convivencia cotidiana misma.

Ahora bien, un dato aportado por la indagación con los vecinos seleccionados fue el de la caracterización de dicha "convivencia cotidiana". Se señaló en este sentido que las interacciones con los vecinos se referían a aquellas que suelen tenerse con *cualquier vecino*: saludarse y conversar esporádicamente acerca de temas generales. Esto pone de presente la importancia de aquellos vínculos de la vida cotidiana, que sin ser cercanos o profundos, constituyen lo que se ha denominado como el elenco socializador [23], que sirve de fondo a la identidad de las personas. Sin duda, el contar con vecinos que interactúan con las usuarias del programa como con cualquier vecino tiene efectos en su identidad -la de las usuarias-, pero lo importante de resaltar, dada la línea de análisis propuesta en esta investigación, es que el que las personas externadas hagan parte de ese elenco socializador para los vecinos, tendría a su vez efectos en la identidad de los vecinos, en el sentido de incluir dentro de ésta la noción (y el valor) de la diversidad.

Si se parte entonces de entender que la salud mental se construye a partir de las relaciones que se establezcan en los grupos sociales, relaciones que se enraizarán en los sujetos, materializándose en formas específicas de sentir, pensar y comportarse [12], podría señalarse que los efectos de la convivencia comunitaria con personas externadas de hospitales psiquiátricos en las actitudes, constituirían un posible indicador de sus efectos en la salud mental de los vecinos, dado que la posibilidad de interactuar con personas que, *aunque normales, son diferentes*, podría potenciar la construcción de relaciones sociales humanizantes, es decir, aquellas relaciones en las cuales están presentes a nivel colectivo

e individual rasgos humanos tales como la capacidad de pensar procurando identificar y superar temores irracionales, prejuicios y todo aquello que imponga una relación predominantemente defensiva con el mundo, la sensibilidad ante el sufrimiento de los otros y el sentido solidario [24].

Por otro lado, también es importante mencionar que la tendencia a la aceptación alta hacia las personas con enfermedad mental, inclusive para ambos grupos, pueda estar relacionada con una disminución en la asociación de éstas con la peligrosidad y violencia. En el caso del grupo de estudio, esto puede relacionarse con variables de género y de edad, ya que las casas de convivencia son habitadas únicamente por mujeres, quienes en su mayoría tienen más de 50 años. En el caso de la muestra en general, es destacable que la nueva población que es objeto de una baja aceptación es aquella con consumo de drogas, posiblemente porque se le asocia con la peligrosidad y la inseguridad o delincuencia, que resulta ser un tema de gran preocupación para las personas encuestadas en los barrios, y en la sociedad argentina en general.

A su vez, es necesario interrogar si la aceptación o las asociaciones encontradas se relacionan específicamente con las personas externadas por el programa estudiado. Este cuestionamiento surge del hecho de que casi una quinta parte del grupo control dijo conocer entre sus vecinos a personas que estuvieron internadas en hospitales psiquiátricos, y a que dos de los nueve vecinos seleccionados entrevistados a mayor profundidad se referían a personas que no pertenecían al programa. Lo anterior significa que la experiencia de interacción y contacto cotidiano con personas con enfermedad mental trasciende, desde luego, a la provista por el programa. Se une a esto el hecho de que un porcentaje importante de los encuestados señaló conocer a alguien que trabajaba con personas con enfermedad mental.

Otro resultado que merece ser destacado es el de la asociación entre cohesión social percibida alta y mayores niveles de aceptación hacia las personas con enfermedad mental, debido a que el mismo contrasta con lo sostenido por otros estudios, en donde se planteaba la asociación inversa [9, 25]. Tal diferencia puede deberse tanto a que la definición misma de cohesión social pudo variar, según se utilizaran para la misma variables objetivas o subjetivas, como a la diferencia de contextos y valores culturales entre los estudios. Ello conduce a resaltar una vez más la necesidad de contextualizar las reformas psiquiátricas, así como la adecuación de sus estrategias, así se compartan sus valores y principios generales.

Finalmente, cabe señalar algunas limitaciones del estudio, como son el que se utilizó un instrumento no estandarizado ni empleado en otros estudios previamente, la tasa de respuesta al cuestionario, el prolongado tiempo de presencia de las casas en los barrios y el que se tratara de un programa que atiende solamente a mujeres.

Conclusiones

Es necesario ampliar algunos hallazgos e hipótesis presentados en este estudio mediante investigaciones ulteriores, por ejemplo, incluyendo programas dirigidos a varones, delimitando con mayor precisión la definición de lo que es un “vecino”, ampliando la exploración cualitativa de los efectos de la convivencia en los vecinos, y ahondando en la operacionalización de lo que es la salud mental desde una perspectiva psicosocial, en el sentido de incluir en la misma no sólo a las actitudes sino otras variables que se ha hipotetizado se relacionan con la salud mental, por ejemplo, la participación [26].

Lo que es posible señalar a partir de los resultados de esta investigación es que el contacto en ámbitos de la vida cotidiana con personas con enfermedad mental se relacionaría con actitudes positivas hacia la enfermedad mental y su tratamiento. Ahora bien, y desde una perspectiva psicosocial, sería necesario poder profundizar en estudios ulteriores en cómo tales actitudes podrían ser indicadores de la salud mental de la comunidad, entendida ésta como las relaciones sociales que potencian la diversidad en la comunidad, con sus efectos concomitantes en las *mentalidades* de los habitantes de los vecindarios [27]. Esto ha sido dicho de un modo u otro en estudios anteriores que han mostrado que la convivencia reduce los prejuicios y las actitudes negativas hacia esta población, pero aún resulta necesario establecer de manera más clara la relación entre las actitudes y la salud mental, entendida esta última en términos positivos y diferenciales a la ausencia de enfermedad individual [28, 29].

Por último, lo que agrega este estudio a la investigación sobre la reforma psiquiátrica, es el énfasis en los efectos de la misma en la comunidad, y no solamente de la recuperación de las personas con enfermedad mental gracias a su inclusión social y vida en comunidad. Entender esto daría mayor peso, dentro de la agenda de políticas públicas, a aquellas políticas relacionadas con la reforma psiquiátrica, en tanto se evidenciaría que no sólo se dirigen hacia la garantía de derechos de las personas con enfermedad mental -de por sí, fundamental- sino también hacia la comunidad, en términos de construcción de sociedades más pluralistas e inclusivas.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela, Noviembre 11-14, 1990.
- 2 Ardila-Gómez S. Legislaciones y Prácticas en Psiquiatría y Salud Mental en América Latina. En: Gómez-Restrepo C, Hernández-Ballona G, Rojas-Urrego A, Santacruz-Oleas H, Uribe-Restrepo M. (eds). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños,*

adolescentes y adultos. (pp. 781-789) Bogotá: Panamericana Médica; 2008.

- 3 Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas. Brasilia, noviembre 7-9 de 2015.
- 4 Mental Disability Rights International, Centro de Estudios Legales y Sociales. *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.* Buenos Aires: Autor; 2007.
- 5 Gorbacz L. Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrategias.* 2013; 1: 36-41
- 6 República Argentina. Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013 Cap. I-IV. Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf
- 7 Almeida C. Delimitación del Campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. Texto base para discusión Cuadernos para Discusión No1, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. CIID/Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000; 36-51.
- 8 Antos Arens D. What Do the Neighbors Think Now? Community Residences on Long Island, New York. *Community Mental Health Journal.* 1993; 29(3): 235-245.
- 9 Taylor SM, Dear MJ. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin.* 1981; 7(2): 225-240.
- 10 Unger DG, Wandersman A. The importance of Neighbors: The Social Cognitive, and Affective Components of Neighboring. *American Journal of Community Psychology.* 1985; 13(2): 139-169.
- 11 Chuaqui J. Percepción subjetiva de vecinos y tutores de personas con esquizofrenia. *Revista Psiquiatría y Salud Mental.* 2004; 21: 130-138.
- 12 Martín-Baró I. Guerra y salud mental. En Martín-Baró I. (comp) *Psicología social de la guerra.* (pp. 23-40) San Salvador: UCA Editores; 1990.
- 13 De Souza Minayo MC. Concepto de evaluación por triangulación de métodos. En: De Souza Minayo MC, Goncalves de Assis S, Ramos de Souza E. *Evaluación por Triangulación de Métodos- Abordaje de Programas Sociales.* (pp. 17-50) Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
- 14 Cáceres C, Druetta I, Hartfiel M, Riva MR. El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2009; 20 (86): 299-307.
- 15 Gravano A. Antropología de lo barrial. Estudios sobre la producción simbólica de la vida urbana. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2003.
- 16 Coffey, A. y Atkinson, P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación.* Medellín: Ed. Universidad de Antioquia; 2003.
- 17 Berger-Shmitt R. Social Cohesion as an aspect of the Quality of Societies: Concept and Measurement. *EuReporting Working Paper,* 2000; Nro 14.
- 18 Sluzki C. *La red social: frontera de la práctica sistémica.* Barcelona: Editorial Gedisa, 1996.
- 19 Martín-Baró I. *Acción e ideología: psicología social desde Centroamérica.* San Salvador: UCA Editores, 1983.

- 20 Patton M. *Qualitative Evaluation and Research Methods* (3 ed.) Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.
- 21 Cook JR. Neighbors' Perceptions of Group Homes. *Community Mental Health Journal*, 1997, 33(4), 287-299.
- 22 Wahl OF. Community Impact of Group Homes for Mentally Ill Adults. *Community Mental Health Journal*, 1993, 29, 3: 247-259.
- 23 Berger PL, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1968.
- 24 Samayoa J. Guerra y deshumanización: una perspectiva psicosocial. En Martín-Baró I. (comp.) *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia*. (3a ed.). (41-64). San Salvador: UCA Editores; 2000.
- 25 Segal SP, Aviram U. *The Mentally Ill in Community-based Sheltered Care*. New York: John Wiley & Sons; 1978.
- 26 Encina E. Participación colectiva como salud mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Revista Mad Universidad de Chile*, 2014, 30: 131-147.
- 27 Asociación Colombiana de Psiquiatría, Comité de Políticas. *Salud Mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos*. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento-propuesta para discusión y acuerdos. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
- 28 Stolkner A., Ardila, S. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 2012, XXIII, 101: 52-56.
- 29 Augsburg C. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 2002, 81: 61-75