

TRABAJAR EN SALUD MENTAL

LA DESMANICOMIALIZACION EN RIO NEGRO



Coordinación Hugo Cohen - Graciela Natella

Sobre trabajos monográficos de:

Laura Abaca
Mario Alvarez
Ricardo Antoll
Nilda Avila
Marina Brea
Raúl Calderero
Susana Campos
Sandra Canteros
Gladys Carcamo
Adriana Carrera
Julio B. Chávez
Elena de Diego

Ilda Donoso
Inés Estévez
Elvio Ferreyra
Susana García
Daniel Gómez Molina
Miriam Heterington
Mirta Ibarra
Carmen Maldonado
Susana Marezi
M. Esther Miguenz
M. Luisa Molina
Hernán Morales

Viviana Obredor
Javier van Opstal
Alejandra Pacheco
Martín Pérez Hernando
Santiago Ruiz Camino
Salomé Sandoval
Jorge Schvartz
Rita Scoroli
Eva Sosa
Blanca Tolosa
Sara Torres
Liliana Zacouteguy

TEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Serie PALTEx para Ejecutores de Programas de Salud No. 19

I. Levav

Editor

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

nitamente menores a los que insumen las instituciones monovalentes (Manicomios, Reformatorios, Hospicios, Colonias, etc.) afirmación avallada por los postulados de la O.M.S.

[...] Debe considerarse también el reintegro del individuo al mercado laboral, la disminución del ausentismo y la formación de alternativas de producción (cooperativas) como indicadores positivos para la economía en general. [...]

La ley fue aprobada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992, fecha en la que entra en vigencia.

Capítulo 4

Nuestras estrategias de trabajo

Frente a las demandas planteadas, y con los recursos con que se cuenta, la pregunta es: ¿cómo actuar? ¿Cuáles son las estrategias para llevar a cabo esta nueva propuesta en Salud Mental?

Toda estrategia se construye a partir del objetivo que se quiere lograr. Conviene recordar una vez más la propuesta de la Ley 2440:

ARTÍCULO 1: La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

ARTÍCULO 9: Los equipos deberán evaluar a las personas que se presentan con sufrimiento mental para determinar la estrategia terapéutica más adecuada. Contemplarán las situaciones en términos singulares para cada individuo y de acuerdo a sus diferentes momentos, proponiendo tantas estrategias como necesidades plantee.

Se trata aquí de cambiar el modelo tradicional de terapéutica de salud mental, que podría definirse como un modelo de **asistencia institucional**, para sustituirlo por un modelo **de salud mental comunitaria**, que busca como resultado último la reinserción completa del sufriente mental en la sociedad.

CASAS ARTICULO 12							
LUGAR	ESTRUCTURA TIPO	INVERSION	INSUMOS (año)	Pq	Ps	To	Ts
				Op			
Bariloche	Art. 12	21000	10000			Item Ant.	
Cipolletti	Art. 12	Remodelacion??	10000			Item Ant.	
Choele Choel	Art. 12	21000	10000			Item Ant.	
Viedma	Art. 12	15000	10000	1	1	1	5
	Total Estructuras: 4	total aprox. 57000	total aprox. 40000				

[illegible]

LUGAR	ESTRUCTURA TIPO	INVERSION	INSUMOS (año)	RR HH					T
				Pq	Ps	To	Ts	Op	
Bariloche	Casas de Medio Camino	\$ 21000 (Alq de 1 año)	-	-	2	1	1	5	
Cipolletti	Casas de Medio Camino	Remodelacion??	15000	1	6	1	1	10	
Choele Choel	Casas de Medio Camino	Construccion 200000/ Remodelacion??	15000	-	3	1	2	10	
San Antonio O.	Casas de Medio Camino	Existente	15000	-	2	1	1	8	
Sierra Grande	Casas de Medio Camino	21000 (Alquiler)	15000	-	4	1	1	9	
Catriel	Casas de Medio Camino	Remodelacion??	15000	-	-	1	-	8	
Rio Colorado	Casas de Medio Camino	21000	15000	-	2	1	1	9	
Cinco Saltos	Casas de Medio Camino	Existente	15000		2	1		2	
	Total : 8 estructuras	Total: 263000 aprox.	Total: 105000	1	22	8	7	61	99

LUGAR	ESTRUCTURA TIPO	INVERSION	INSUMOS (año)	RR HH										T
Bariloche	Casas de Medio Camino	\$ 21000 (Alq de 1 año)	-	Pq	Ps	To	Ts	Op						
				-	2	1	1	5						
Cipolletti	Casas de Medio Camino	Remodelacion??	15000	1	6	1	1	10						
Choele Choel	Casas de Medio Camino	Construcion 200000/ Remodelacion??	15000	-	3	1	2	10						
San Antonio O.	Casas de Medio Camino	Existente	15000	-	2	1	1	8						
Sierra Grande	Casas de Medio Camino	21000 (Alquiler)	15000	-	4	1	1	9						
Catriel	Casas de Medio Camino	Remodelacion??	15000	-	-	1	-	8						
Rio Colorado	Casas de Medio Camino	21000	15000	-	2	1	1	9						
Cinco Saltos	Casas de Medio Camino	Existente	15000		2	1		2						
Total : 8 estructuras		Total: 263000 aprox.	Total: 105000	1	22	8	7	61	99					

**RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA EN SALUD MENTAL
COMUNITARIA**

**HOSPITAL AREA PROGRAMA VIEDMA
"ARTÉMIDES ZATTI"**

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

***"Conociendo a los Adolescentes de Hoy:
Valores, Actitudes, Creencias y Pautas de Consumo
en alumnos del último año de escuelas secundarias
diurnas de la ciudad de Viedma en el año 2007"***

Responsables:

- Lic. Aldana Trobiani Viñuela
- Lic. Verónica Alejandra Machado
- Lic. María Laura Morán
- Lic. Elizabeth Carmen Chambí Aguanta

Asesoras:

- Dra. Clara Riva Posse
- Lic. María Vanda Ianowski

Viedma - Río Negro
2007

Capítulo 2

La problemática de salud mental en la provincia.

Una breve historia

En 1983, con la llegada de la democracia, comenzó un proceso de cambio dentro de los lineamientos para el trabajo en Salud Mental en la provincia de Río Negro.

Hasta entonces los pacientes con alteraciones mentales eran derivados al único hospital dedicado a este tipo de padecimientos en la provincia, el Neuropsiquiátrico de Allen, que concentraba el 90% de los hospitalizados. Algunos pacientes, provenientes de la zona Atlántica, se derivaban a Carmen de Patagones (Pcia. de Buenos Aires) y en menor medida al Borda, Montes de Oca, Melchor Romero, Moyano, etc. Los pacientes provenían en la mayor parte de los casos de localidades alejadas, con el consecuente desarraigo de su medio habitual durante largos periodos.

Los pacientes pudientes se internaban en habitaciones disponibles en clínicas generales o eran derivados a Buenos Aires o Bahía Blanca para su atención.

El total de trabajadores de Salud Mental era de 64 en toda la Provincia: 54 estaban en el Neuropsiquiátrico de Allen; el resto estaba distribuido en los Hospitales de Bariloche, Cipolletti, Roca, Regina, Viedma y Huergo. En su mayoría daban atención individual y no funcionaban como equipo. Recibían a los pacientes de acuerdo con la demanda que surgía de ellos; no había una referencia institucional, ya que los pacientes pedían ser atendidos por tal o cual profesional, y no por el Servicio.

Con el avance de la tarea, se fue llegando a la conclusión de que la visión renovadora que animaba a los equipos de Salud Mental en la provincia no podía quedarse en un esfuerzo —personal o grupal, pero siempre acotado—, sino que era fundamental dejarlo establecido en una formulación jurídica con la suficiente fuerza como para ser aplicada en todos los sectores de la población rionegrina que así lo demandasen.

Era necesario dar continuidad a la tarea más allá de las personas que ocuparan tal o cual cargo. Eran necesarios también mayores recursos humanos y financieros. Había que consolidar una esforzada práctica que estaba dando sus frutos.

Con esta perspectiva se comenzó a trabajar en el anteproyecto de ley, que fue presentado ante la legislatura de Río Negro en 1989. Entre los fundamentos del anteproyecto se proporcionaban los siguientes datos:

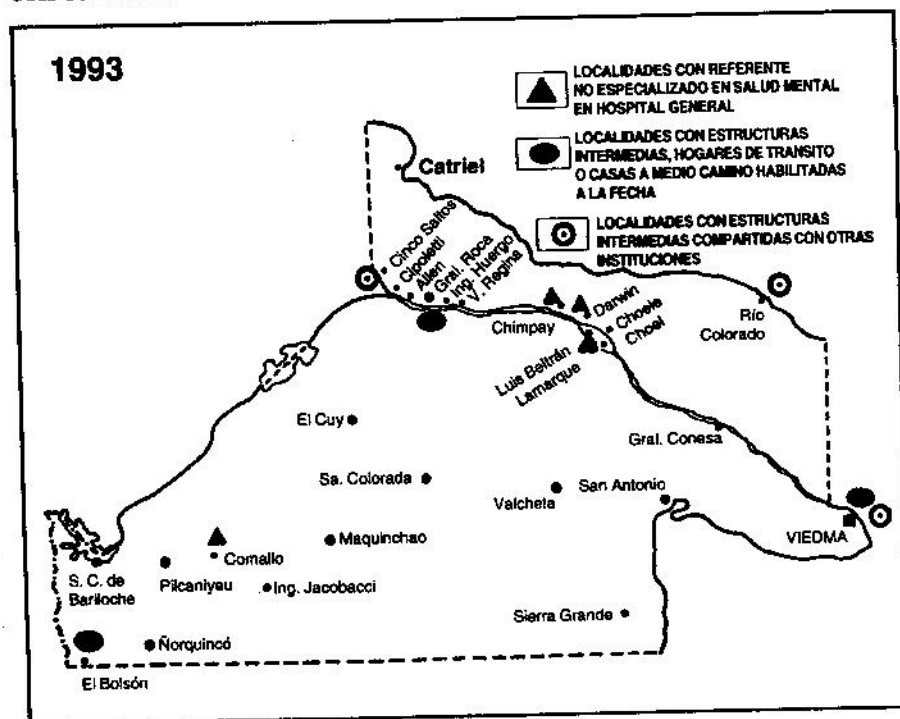
**De la exposición de Motivos del Anteproyecto
de Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas
que Padecen Sufrimiento Mental. Viedma 1989**

Algunos datos a destacar:

- a. En los casi 1400 pacientes graves asistidos en Río Negro durante el periodo 1985/88 (esquizofrénicos, paranoicos, parafrénicos, alcohólicos, débiles mentales, depresiones graves, neurosis descompensadas, intentos de suicidio, epilepsias, demencias, entre otros), no se ha registrado ni un solo episodio de violación u homicidio hasta la fecha.
- b. Se ha capacitado para contener al paciente en crisis y para lograr su reinserción comunitaria, al Equipo de Salud de 20 de los 26 hospitales.
- c. Una de cada cuatro enfermeras de la provincia están ya entrenadas (400 agentes).
- d. Se comienza la internación de pacientes durante la crisis en salas comunes o sectores específicos en todos los hospitales aun en aquellos donde no existen los psiquiatras o psicólogos.
- e. Se posibilitó así resolver el 95% de las urgencias graves sin necesidad de claustración o internaciones prolongadas. El 5% restante lo constituyen personas fundamentalmente con graves problemas sociales.
- f. Este porcentaje de recuperación se repite exactamente en los casos derivados por la Justicia donde la respuesta sociofamiliar y comunitaria en el medio habitual reemplaza a la derivación o reclusión.

Salud Mental, actuando junto con la comunidad de referencia, constituían una alternativa viable al problema. Algunas de las estrategias seguidas fueron: la internación en hospitales generales; el progresivo aumento de los recursos humanos; la formación de agentes y equipos multiplicadores de la tarea; designación de personas recuperadas para integrarse a los Equipos; trabajo interinstitucional y comunitario; creación de guardias pasivas; organización de actividades precooperativas con los pacientes; permanente trabajo social (gestión de alimentos, viviendas, pensiones, trabajos, seguridad social), etc. En síntesis: se demostró que el equipo se hacía cargo de los pacientes; que el cambio que se propugnaba no implicaba que unos meses más tarde se desencadenara un caos; que solamente construyendo alternativas de atención, promoción y rehabilitación efectivas y concretas, el manicomio se podía sustituir. Se fue construyendo así una decisión política sostenida y avalada por los hechos.

El siguiente hito fundamental en esta historia lo constituye la promulgación de la Ley 2440, que legisla sobre la atención a las personas con sufrimiento mental.



Modelo tradicional

- Enfoque asistencial e individual.
- Abordaje de la problemática del paciente en forma individual. Se trabaja sobre y para el paciente.
- Atención del paciente en un ámbito cerrado que sólo reconstruye realidades parciales.
- Psiquiatrización o psicologización de la práctica y de la problemática.
- Exclusión del paciente de las discusiones y decisiones que hacen a la construcción de las estrategias que apuntan a su proceso de curación. Al centralizarse éstas en las manos del profesional, al paciente se le asigna un papel pasivo.
- Internación —generalmente prolongada— en lugares especializados, ya sean cerrados o abiertos.
- Rehabilitación basada en la terapia ocupacional o laborterapia, en talleres protegidos.
- Noción de peligrosidad en torno al paciente.

Modelo de salud mental comunitaria

- Enfoque promocional, comunitario, de trabajo en equipo.
- Abordaje socio-familiar de la problemática del paciente.
- Valoración de sus aspectos sanos.
- Se trabaja con el paciente y sobre el ambiente que lo rodea.
- El sujeto se integra a las estrategias que apuntan tanto a la resolución de la crisis como a su reinserción social, cumpliendo un papel activo.
- Apoyo directo y cotidiano a la familia en la fase aguda.
- Internación preferentemente domiciliaria; si se requiere internación hospitalaria, se trata de que ésta sea breve, y se realiza en la sala general de los hospitales generales.
- Se potencian habilidades y capacidades.
- Se apunta a la rehabilitación laboral en empresas sociales.
- Confluencia de diferentes saberes para la resolución de la crisis.
- Responsabilización de la persona.
- Se trabaja sobre los derechos y necesidades de las personas gestionando y procurando su satisfacción.
- Se promueve la horizontalización de los vínculos.

Los ej

Cua
tegias o

- 1) des
- 2) trab
- 3) mar
- 4) rein

1) Des
En c
nadas a
dos al t
dición e
profesio
único l
pacient
curació

Sin
demues
que a c
cialidad
prolong
ción per
se desc
que se
convier
ma, fam
rra el ci
en el in

La e
de que
sos lug
hospita

Esto
ni su p
con el c
cífico q

A fines de 1983 asume el primer gobernador del período democrático, Dr. Osvaldo Álvarez Guerrero. Esto implicó el comienzo de un proceso de cambio en el tema del "manicomio", tratando de humanizarlo y de mejorar la situación de abandono en que se encontraban los internados. Este proceso despertó gran resistencia en los sectores psiquiátricos tradicionales, que comenzaron a retirarse de Allen en medio de una fuerte crisis. Otros profesionales se quedaron en el hospital o se redistribuyeron en diferentes instituciones de la provincia. Comenzó entonces un proceso de intercambio entre los profesionales del sector.

En mayo de 1985 se hace cargo del Programa de Salud Mental de Río Negro el Dr. Hugo Cohen. La sede se sitúa en Viedma.

En agosto de 1984 se celebra en Allen el Primer Encuentro Provincial de Salud Mental. En junio de 1985 se celebra el Primer Encuentro Patagónico.

A partir de las conclusiones del Encuentro comienza a construirse la modalidad del trabajo en equipo, impulsado por la nueva gestión. Como primer paso, se propone la creación del cargo de coordinador zonal de Salud Mental, hecho que se concreta a mediados de 1985. A partir de esta fecha se fortalece el proceso de externación de pacientes, iniciado en años anteriores.

Se comienzan a construir alternativas comunitarias, institucionales y sanitarias para sostener y profundizar el proceso. En tal sentido, se toma la decisión política de abrir camas en todos los hospitales generales de la provincia para internación de las personas con sufrimiento mental. Se reconoce a Salud Mental como la quinta clínica básica. Se revalida el derecho del psicólogo a concursar para la jefatura de los servicios de Salud Mental y también a realizar guardias de la especialidad. Se inicia el trabajo de contención en crisis en el lugar de residencia habitual de las personas con sufrimiento mental. Disminuyen las derivaciones a Allen y al exterior de la provincia. Se crea el primer equipo de intervención en crisis a cargo de una asistente social, Luisa Agnoletti de Kisnerman, y de dos psicólogos, Liliana Ingold y José Schiappa Pietra. Se nombra al primer alcohólico recuperado para la coordinación de Grupos de alcoholismo, Sr. Ricardo Antoli.

El Neuropsiquiátrico se va vaciando. En 1983 contaba con 120 internados, número que fue disminuyendo en los años sucesivos. Ya no es imprescindible. A partir de entonces las autoridades de Salud empiezan a visualizar la posibilidad de reciclarlo en Hospital General.

Este proceso culmina en el año 1988, lo cual constituye un hito dentro de la historia de la Salud Mental en la Provincia de Río Negro.

Capítulo 2

La problemática de salud mental en la provincia. Una breve historia

En 1983, con la llegada de la democracia, comenzó un proceso de cambio dentro de los lineamientos para el trabajo en Salud Mental en la provincia de Río Negro.

Hasta entonces los pacientes con alteraciones mentales eran derivados al único hospital dedicado a este tipo de padecimientos en la provincia, el Neuropsiquiátrico de Allen, que concentraba el 90% de los hospitalizados. Algunos pacientes, provenientes de la zona Atlántica, se derivaban a Carmen de Patagones (Pcia. de Buenos Aires) y en menor medida al Borda, Montes de Oca, Melchor Romero, Moyano, etc. Los pacientes provenían en la mayor parte de los casos de localidades alejadas, con el consecuente desarraigo de su medio habitual durante largos periodos.

Los pacientes pudientes se internaban en habitaciones disponibles en clínicas generales o eran derivados a Buenos Aires o Bahía Blanca para su atención.

El total de trabajadores de Salud Mental era de 64 en toda la Provincia; 54 estaban en el Neuropsiquiátrico de Allen; el resto estaba distribuido en los Hospitales de Bariloche, Cipolletti, Roca, Regina, Viedma o Huergo. En su mayoría daban atención individual y no funcionaban como equipo. Recibían a los pacientes de acuerdo con la demanda que surgía de ellos; no había una referencia institucional, ya que los pacientes pedían ser atendidos por tal o cual profesional, y no por el Servicio.

Los ejes de trabajo

Cuatro son los ejes en torno a los cuales se estructuran las estrategias de trabajo de la modalidad de salud mental comunitaria:

- 1) descentralización.
- 2) trabajo comunitario e interdisciplinario.
- 3) mantenimiento de los vínculos del sufriente mental con su medio.
- 4) reinserción del sufriente mental en su medio.

1) *Descentralización*

En el modelo tradicional, el hospital psiquiátrico, o las salas destinadas a Salud Mental de un hospital general, son los lugares dedicados al tratamiento del paciente con sufrimiento mental. Una larga tradición en la materia ha contribuido a que tanto en la concepción de los profesionales como en el imaginario social se considere éste como el único lugar que garantiza, en primera instancia, la contención del paciente en crisis, y en segunda instancia, el ámbito destinado a su curación.

Sin embargo, las experiencias realizadas a lo largo de muchos años demuestran que no siempre se cumple ese axioma: la reclusión, más que a curar, ha contribuido en muchos casos al deterioro de las potencialidades sanas que conservaba el paciente, que en muchos casos ve prolongarse su internación, hasta llegar a convertirse en una internación permanente. Al mismo tiempo, ha contribuido a que el grupo social se descargue de su responsabilidad en la enfermedad del paciente. Lo que se propone como un bien para él —su curación— en realidad se convierte en una solución para el grupo, que se desliga de un problema, familiar o social, depositándolo en manos "especializadas". Se cierra el circuito de la enfermedad por el efecto devastador que producen en el individuo la marginación y el aislamiento.

La estrategia de **descentralización**, en cambio, parte de la base de que el proceso terapéutico puede desarrollarse desde muy diversos lugares y con múltiples efectores, que trascienden el ámbito del hospital.

Esto no implica, sin embargo, que el hospital pierda su jerarquía ni su pertinencia. Como afirma el Lic. Schiappa Pietra, se trabaja con el convencimiento de que el hospital o lugar institucional específico que garantiza la salud pública no [debe] perder nunca su rol

A fines de 1983 asume el primer gobernador del período democrático, Dr. Osvaldo Alvarez Guerrero. Esto implicó el comienzo de un proceso de cambio en el tema del "manicomio", tratando de humanizarlo y de mejorar la situación de abandono en que se encontraban los internados. Este proceso despertó gran resistencia en los sectores psiquiátricos tradicionales, que comenzaron a retirarse de Allen en medio de una fuerte crisis. Otros profesionales se quedaron en el hospital o se redistribuyeron en diferentes instituciones de la provincia. Comenzó entonces un proceso de intercambio entre los profesionales del sector.

En mayo de 1985 se hace cargo del Programa de Salud Mental de Río Negro el Dr. Hugo Cohen. La sede se sitúa en Viedma.

En agosto de 1984 se celebra en Allen el Primer Encuentro Provincial de Salud Mental. En junio de 1985 se celebra el Primer Encuentro Patagónico.

A partir de las conclusiones del Encuentro comienza a construirse la modalidad del trabajo en equipo, impulsado por la nueva gestión. Como primer paso, se propone la creación del cargo de coordinador zonal de Salud Mental, hecho que se concreta a mediados de 1985. A partir de esta fecha se fortalece el proceso de externación de pacientes, iniciado en años anteriores.

Se comienzan a construir alternativas comunitarias, institucionales y sanitarias para sostener y profundizar el proceso. En tal sentido, se toma la decisión política de abrir camas en todos los hospitales generales de la provincia para internación de las personas con sufrimiento mental. Se reconoce a Salud Mental como la quinta clínica básica. Se revalida el derecho del psicólogo a concursar para la jefatura de los servicios de Salud Mental y también a realizar guardias de la especialidad. Se inicia el trabajo de contención en crisis en el lugar de residencia habitual de las personas con sufrimiento mental. Disminuyen las derivaciones a Allen y al exterior de la provincia. Se crea el primer equipo de intervención en crisis a cargo de una asistente social, Luisa Agnoletti de Kisnerman, y de dos psicólogos, Liliana Ingold y José Schiappa Pietra. Se nombra al primer alcohólico recuperado para la coordinación de Grupos de alcoholismo, Sr. Ricardo Antolí.

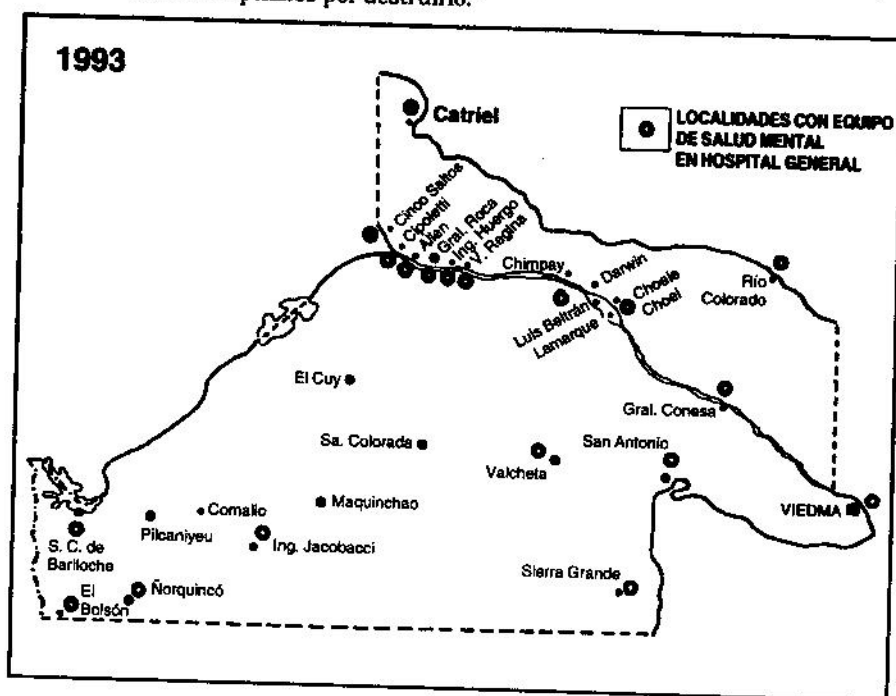
El Neuropsiquiátrico se va vaciando. En 1983 contaba con 120 internados, número que fue disminuyendo en los años sucesivos. Ya no es imprescindible. A partir de entonces las autoridades de Salud empiezan a visualizar la posibilidad de reciclarlo en Hospital General.

Este proceso culmina en el año 1988, lo cual constituye un hito dentro de la historia de la Salud Mental en la Provincia de Río Negro.

Actualmente, el Servicio de Salud Mental funciona en el Hospital de Allen, remodelado y reconvertido en Hospital General, como un servicio más. Se han construido sectores para quirófanos, sala de partos, laboratorio, etc., lo que ha posibilitado trasladar allí los servicios de Pediatría, Cirugía, Clínica y Tocoginecología, que antes funcionaban en pabellones cercanos al Neuropsiquiátrico.

Refiriéndose al desarrollo de estas etapas, dice el Dr. Cohen:

Todo este proceso nos enseñó que al manicomio se lo deja o se lo cierra. No hay medias tintas tales como sistema de puertas abiertas o comunidad terapéutica. Si se lo deja, intentando reformarlo, esa estructura se vuelve a "manicomializar". Por todo ello, al manicomio se lo deja o se lo destruye. Nosotros optamos por destruirlo.²



Para obtener el apoyo político y administrativo necesarios para lograr el cierre del Neuropsiquiátrico se trabajó con diversas estrategias, demostrando en la práctica cotidiana que un grupo de trabajadores en

2 "La salud mental en la Provincia de Río Negro", entrevista realizada por J. C. Stagnaro a Hugo Cohen y Graciela Natella, *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, Núm. 3, 1991.

de referente social para el trabajo en estas cuestiones. Ser referente es cumplir con la función de orientador comunitario que no necesariamente es centralizador y hegemónico. Lo que una comunidad no debe perder son justamente sus referentes más importantes para satisfacer sus necesidades vitales. En salud, es el hospital. Al abordar acciones intersectoriales, nunca perdimos de vista al hospital como referente institucional-comunitario [...] Descentralizar no nos llevó a desjerarquizar.

De acuerdo con la evaluación que se realiza del caso el equipo resuelve frente a una crisis cuál es la mejor estrategia a seguir. En algunos casos, resulta más conveniente una **internación domiciliaria**, que ofrece las siguientes ventajas:

- Permanencia en su entorno socio-familiar, evitando el abandono y la marginación;
- permite promover una adecuada contención familiar;
- confianza y comunicación entre la familia y el equipo terapéutico que interviene, acercándose a quien sufre e involucrándose en su cotidianeidad;
- el no excluir al miembro enfermo permite que la familia reconozca sus "partes locas";
- permite al equipo de Salud Mental conocer directamente el medio y las costumbres del paciente;
- posibilita operar directamente sobre el entorno habitual del individuo rescatando sus propios recursos de salud.

Al optar por esta determinación, lo que se evalúa es que, si bien en ese contexto familiar puede haber elementos que contribuyeron a desencadenar la crisis, también hay elementos que pueden contribuir a favorecer la recuperación.

En otros casos, se evalúa como más conveniente la **internación hospitalaria**. Esto se plantea cuando se presentan las siguientes condiciones:

- Carencia de familiares o de referentes cercanos;
- Esos referentes están contraindicados por no ofrecer contención al paciente y/o ser refractarios a cualquier aproximación terapéutica.
- Descompensaciones clínicas concomitantes a la crisis.

res y Amigos de Personas que Padecen Sufrimiento Mental (General Roca), parroquias, Obispado de Viedma, escuelas, sindicatos que colaboran con sus instalaciones, etc.

De esta manera se va creando una conciencia comunitaria sobre la posibilidad de reintegrar al sufriente mental a una vida más plena tanto para él como para su sociedad, a través del compromiso de todos.

¿Hace falta decir que éste es un proceso lento, que se realiza en medio de múltiples resistencias y que no siempre se llega a la meta propuesta?

Al volcar nuestras experiencias no tratamos de pintar una realidad siempre exitosa. Justamente, pensamos que exponer con toda claridad las dificultades que afrontamos y la manera como implementamos las estrategias para resolverlas, puede servir como ayuda para otros grupos que se enfrentan a conflictos similares.

La historia de "Jaimito", un adolescente de una pequeña localidad andina, sirve para ilustrar el trabajo de un equipo que convoca a toda la comunidad en su estrategia de recuperación de uno de sus miembros.

LA HISTORIA DE JAIMITO

En una localidad de 15. 000 habitantes nació "Jaimito" —el caso se presenta bajo un nombre supuesto— hace 17 años. A los pocos meses se lo internó en el hospital por diarrea y desnutrición, de lo cual arrastra secuelas: baja estatura y un aspecto más infantil de lo que corresponde a su edad.

Cuando sus padres se separaron, parte de la familia se trasladó a la ciudad donde el padre había sido destinado por Gendarmería. Tiempo después, se le dio de baja por sus frecuentes incumplimientos debido al alcohol.

Cuando Jaimito tenía 10 años su padre murió repentinamente, delante de él y de sus hermanos. La madre reclamó a sus tres hijos, que se trasladaron nuevamente al pueblo natal; pero al poco tiempo, al no poder hacerse cargo del sostenimiento de toda la familia, envió a los dos mayores a vivir con la abuela en una localidad agreste de la provincia de Chubut.

Allí Jaimito comenzó a deambular solo por las chacras, pidiendo

Estos casos hacen aconsejable la **internación hospitalaria**, apuntando a dos objetivos:

- Que ésta sea lo más breve posible, para continuar el proceso de recuperación dentro de su entorno.
- Que la internación no se realice en una sala especial para enfermos mentales sino en sala general, evitando así la marginación del paciente y el nefasto efecto de la estigmatización y consecuente cronificación.

Esta estrategia ha despertado resistencias, como es lógico, tanto dentro del personal hospitalario como dentro de los demás pacientes, ya que se trata de una innovación que conmociona los hábitos establecidos frente al sufriente mental. Sin embargo, la experiencia realizada demuestra que, cuando el personal está debidamente capacitado y mentalizado, puede realizar una adecuada contención, sin que se altere la dinámica habitual de la sala general. Al mismo tiempo, los demás pacientes también aprenden a relacionarse de una manera distinta con sus compañeros de sala que presentan sufrimiento mental, contribuyendo de esta manera a su recuperación. Se refuerzan importantes vínculos de solidaridad que se despliegan entre los diversos pacientes internados a partir de la convivencia cotidiana. Tanto los trabajadores de Salud como los pacientes de la sala, al ser apoyados por los técnicos de Salud Mental, incorporan la dimensión de lo afectivo, con lo cual se produce una humanización en la atención y una apertura en la comprensión de los conflictos institucionales habituales. De esta manera la persona en crisis internada en la sala general actúa como disparador de recursos preventivos de salud en otros pacientes y en los trabajadores de la Institución.

Las estadísticas ayudan a demostrar la pertinencia de esta estrategia.

CUADRO

Tiempo promedio de internación hospitalaria de pacientes psiquiátricos.

Año	Estadía promedio	Nº pacientes
1985	6 meses	195
1991	11 días	840
1993	8.5 días	732

Fuente: Dirección de Estadística. Departamento de Salud Mental. Consejo Provincial de Salud Pública.

2) *Trabajo comunitario e interdisciplinario*

Como necesaria consecuencia, al dejar de concebir al **manicomio** como lugar único para la cura del enfermo mental y abrir esa tarea a otros espacios, también se descentraliza la responsabilidad sanitaria: cada uno de nosotros, desde su lugar, desde su saber, desde su compromiso, puede contribuir a la tarea terapéutica.

No se trata aquí de caer en una postura anticientífica, o de fomentar una competencia donde, como reacción frente al modelo tradicional, que excluye los saberes alternativos, se valore a estos por encima de los otros. Se trata de reconocer la capacidad de cada uno de los agentes abocados a esta tarea de curar, de respetar y valorar sus saberes y de coordinarlos dentro de una tarea común. En este marco de respeto todos tienen un rol que cumplir: los técnicos aportan su mirada, su capacitación, para hacer un diagnóstico; profesionales y no profesionales, desde distintas especialidades, contribuyen con sus saberes para realizar una satisfactoria tarea terapéutica. Creemos que hay un momento en que la especificidad es importante y necesaria. Cada saber enriquece y permite aumentar el nivel de información y conocimientos del Equipo para que cada integrante tenga la mayor cantidad de recursos para intervenir en una crisis. Cada uno de los sectores que intervienen debe producir una crítica de sus actitudes y prácticas cotidianas, para redescubrir su nuevo lugar y posibilidades inéditas de ayuda. Los profesionales deben cuestionar prácticas y conductas que se basaban en modelos que tenían un enfoque recortado de la complejidad humana; tienen la oportunidad de construir nuevos instrumentos que al resolver un problema hasta ahora insoluble los ubica ante un mayor reconocimiento social. Se resignifica así el necesario cuestionamiento a su identidad profesional. También la comunidad y sus instituciones deberán rever sus actitudes ante la persona en crisis, sustentadas en hábitos, prejuicios y saberes discriminatorios.

No se "cura" a un sufriente mental solamente con drogas o con sesiones psicoterapéuticas. Si son múltiples y variados los elementos que contribuyen a desencadenar una crisis, igualmente múltiples y variados son los recursos que llevan a solucionarla, de manera de devolver a la persona a su verdadera identidad, que no es un proceso individual sino social: somos los que somos en un permanente diálogo con los otros.

3) *Mantener vínculos*

En esta modalidad se privilegia, dentro de lo posible, el mantener al paciente en crisis dentro de su ámbito, en relación con sus familia-

res, amigos, vecinos. Para eso es necesario realizar un trabajo grupal, donde se concientiza a la comunidad sobre la realidad que vive el sufriente. Se trata de explicar, de responder a dudas y preguntas de los vecinos, amigos o familiares. Se ayuda a cada uno a descubrir qué puede hacer para ayudar a la persona en crisis.

Como se señaló antes, muchas veces la primera demanda del grupo es la de "sacarlo" de su medio, alejarlo, recluirlo. Una de las tareas del equipo es tratar de revertir esta actitud. La experiencia ha demostrado que dentro de la comunidad siempre hay elementos sensibles a la problemática del sufriente mental, a lo cual contribuye el hecho de tratarse de comunidades relativamente pequeñas —en el caso de Río Negro— por lo cual el "loco" no es un extraño o un desconocido. De esta manera, aun en medio de rechazos y hostilidades, aparecen personas o grupos que acceden a la propuesta de comprometerse en la ayuda al sufriente mental.

Corresponde aquí completar este aspecto de las ventajas de trabajar en pueblos pequeños, con poca población, mostrando también el otro lado de esta realidad. Si bien es cierto que se producen procesos de facilitación en la comunicación y ayuda a una persona en crisis, hay que señalar que ese mismo tipo de relación íntima, cercana, donde todos se conocen, puede también actuar en sentido contrario. En los pueblos pequeños existe un control social mucho mayor que en las grandes ciudades, que son mucho más permisivas en la aceptación de las diferencias. Rápidamente se identifica al diferente y se lo expulsa mucho más drásticamente por el solo hecho de que no puede circular por el pueblo, con lo cual le queda como única alternativa el destierro forzado. Los equipos de patrulla debieron intervenir incluso en situaciones de inminente linchamiento por parte de vecinos frente a un joven en crisis. Cuando un pueblo decide no incluir más entre los suyos a uno de sus miembros puede ser mucho más violento que la gran ciudad donde el mismo anonimato actúa como atenuante de la discriminación. Daría la impresión de que en los pueblos pequeños hay menos posibilidades de salir de las normas de convivencia establecidas, menos oportunidades de oponerse a los valores de la cultura dominante.

También los estrechos vínculos que establece la convivencia cotidiana imponen muchas veces la familiarización del conflicto suscitado por un paciente; quiere decir esto que se encolumnan detrás, a favor o en contra de la persona en crisis, los familiares, impulsados por largas historias que se remontan a sus antepasados, lo que complejiza aún más el abordaje y la resolución de la crisis. "Capuletos y Mon-

tescos" reaparecen detrás de un conflicto que llega a generar incluso verdaderas divisiones del pueblo. Fácilmente se enroscan detrás de cada familia, a favor o en contra de la expulsión distintos sectores o instituciones, con lo cual llegan a generarse bloqueos difíciles de resolver. Pasquale Evaristo sintetiza así los pasos a seguir en un programa terapéutico:

1. Comprometer inmediatamente a los otros sujetos en la interpretación y gestión de la crisis.
2. Restablecer en el paciente y sus familiares la cultura de la diversidad.
3. Ofrecer un ejemplo decisivo de la reanudación de una relación de confianza.
4. Provocar una carga afectiva en los familiares y en la comunidad.
5. El equipo de salud mental debe elaborar un proyecto de cambio con etapas progresivas y concretas.
6. Asumir la responsabilidad de la situación.

4) *Reinsertar en el medio*

"Curar", dentro de esta nueva modalidad, adquiere un significado que va mucho más allá del cierre de los neuropsiquiátricos.

De lo que se trata es de que el sufriente mental vuelva a estar plenamente ubicado dentro de su medio social. Frente a una sociedad que le ha recortado una serie de derechos —legales, civiles, laborales, políticos, económicos— lo que se busca es que vuelva a ser visualizado como un sujeto que puede ejercer una vida plena, que puede desarrollar nuevamente todas sus capacidades: vivir con su familia, mantener su hogar, desempeñar un trabajo, ser sujeto de crédito. Dentro de este proceso de reinserción se marca un hito muy importante cuando la persona, a su vez, se integra dentro de uno de nuestros equipos para colaborar en la recuperación de otros sujetos con crisis similares a las suyas. Así lo muestra, entre otros casos, la experiencia de los Grupos Institucionales de Alcoholismo o los grupos de familiares de personas con sufrimiento mental.

Para colaborar en esta tarea hay un amplio campo abierto. Aquí debemos subrayar el aporte realizado por diversas instituciones de todo tipo: municipios, policía y gendarmería local, juzgados de paz, CARITAS, Subsecretaría de la Mujer, el Menor y la Familia, Consejo del Discapacitado, PRONUR (Programa Único Nutricional), Instituto Provincial de la Vivienda, Secretaría de Trabajo, SEPALO (Servicio Provincial de Aprendizaje Laboral Orientado), Asociación de Familia-

limosna o robando para comer, durmiendo a la intemperie, vagando sucio y abandonado. Ante las denuncias de los vecinos la policía lo devolvía a la casa de la abuela, de donde siempre volvía a fugarse. Finalmente, lo llevaron al hogar materno.

Aquí se encuentra en 1991, vagando por las calles, sucio, a veces con la cara pintada, haciéndose notar por sus agresiones (amenazar, tirar piedras, golpear a chicos más pequeños).

Diversas personas e instituciones empezaron a hacer gestiones para que se lo internara en un psiquiátrico, lo cual implicaba sacarlo del pueblo y trasladarlo a otra provincia.

Ante esta circunstancia, el Servicio de Salud mental del hospital de la localidad se hace cargo de Jaimito. Se lo interna con un diagnóstico de descompensación psicótica de larga data, lo cual le provoca alucinaciones y delirios que son la causa de los episodios de agresión. Refiere que lo acompaña "un ejército de muertos" entre los que figura su padre.

Con la medicación (Tioridazina 10 mg) y la contención institucional el cuadro remite en pocos días. Simultáneamente, se inicia un tratamiento psicoterapéutico que incluye a todo el grupo familiar.

A los 25 días se lo externa del hospital, debido a que muestra una excesiva adaptación con la institución y se quieren evitar los peligros del hospitalismo.

Entretanto, crece la demanda comunitaria de expulsión de Jaimito. El equipo entonces empieza a realizar reuniones intersectoriales e interinstitucionales, con la Municipalidad, el Juzgado de Paz, la Policía, vecinos, etc., para tratar de plantear nuevas alternativas al caso.

Había un antecedente muy fresco en la memoria de todos. Sergio, un chico de 12 años, también había estado internado en el hospital, y la presión de la comunidad había logrado su traslado al Montes de Oca. Esta decisión había sido vivida por ciertos sectores como una derrota y una pérdida. Ante esta vivencia, que se deseaba revertir, había que plantear una nueva alternativa, que requería del apoyo de todos. Pero para lograrlo era necesario en primer lugar cambiar la representación social del caso de este "loco".

Estaba claro que Jaimito era un emergente de una situación de extremo riesgo familiar y social; la tarea era convencer a personas e instituciones de la comunidad sobre la posibilidad de resolver esa situación sin acudir como única medida a la internación y alejamiento del chico.

El equipo comenzó a reunir en asambleas comunitarias semanales a los sectores e instituciones que buscaban la resolución del caso. En-

tre los concurrentes había muchas personas que promovían la expulsión. Esto dio lugar a un trabajo de reflexión, en el que se revisaban públicamente los verdaderos motivos de la demanda, que en general estaban más relacionados con los mitos de la locura y fantasías de peligrosidad que con hechos reales, como ocurre en la mayoría de los casos.

A partir de estas asambleas empezaron a consensuarse estrategias para la contención de Jaimito; cada uno de los participantes tomaba el compromiso de llevarlas a la práctica, y en la siguiente reunión rendía cuentas de lo realizado.

Por un proceso de decantación natural, hubo participantes que dejaron de asistir, pero no se dedicaron a entorpecer desde afuera las acciones convenidas. Los que sostuvieron su compromiso se convirtieron en aliados terapéuticos del caso.

A partir de esta práctica, se diluyó la imagen de Jaimito como peligro social; al mismo tiempo, al desaparecer la amenaza del grupo, se vieron aparecer en él actitudes normales en un chico de su edad, afectuosas, queribles. Esto constituyó un paso importantísimo en su proceso de cura, ya que contribuyó a descongelar la imagen que se tenía de Jaimito como enfermo mental, y que no es más que la representación estereotipada del "loco" que ocupa nuestras cabezas.

Actualmente, de ser el "loquito del pueblo" Jaimito ha pasado a ser visto como "un chico con problemas". Esto es un logro de toda la comunidad.

Queda mucho por hacer, por supuesto. A la fecha, Jaimito sigue sin trabajo, que de por sí es escaso en el lugar, y además no es constante cuando se le consigue alguno. La escuela de carpintería de la parroquia local no lo acepta porque no sabe leer ni escribir. La escuela especial donde podría concurrir no ha empezado sus actividades —mayo de 1993— aparentemente por dificultades financieras. Se lo ve muchas veces vagando por la calle, como antes.

Sin embargo, hay cambios notorios. Se relaciona sin agresiones con la gente y ya no lo persiguen los otros chicos de la calle. Vive con su familia en un rancho pobre —una realidad compartida con cientos de niños del lugar—; lo importante es que no se ha disuelto ese vínculo afectivo. Acude puntualmente con su madre a la sesión semanal. Puede entablar-se una conversación con él sobre cualquier tema sin que delire con sus fantasías de Rambo. Hay personas dispuestas a enseñarle a leer y a escribir, y a ayudarlo a conseguir trabajo.

Como síntesis de la experiencia vivida, dicen los integrantes del equipo de salud mental:

Trabajar en el caso de Jaimito implicó explicar y demostrar pacientemente a personas e instituciones las ventajas de operar sobre un sufriente como él permitiéndole la libre circulación; que el encierro no solamente no significaría una solución sino que, por el contrario, implicaría la congelación temporal de la crisis sin darle elementos para superarla. Fue —y es— necesario atender demandas variadas y permanentes por los temores ante la supuesta peligrosidad de Jaimito —que no tiene problemas en actuarla cuando se lo constituye en ese lugar.

La labor desmanicomializadora de lograr cada vez más aceptación de la diversidad implicó poner a prueba todos los recursos imaginables para sostener la oportunidad de reinserción social.

Todo esto, a fin de cuentas, no es más que abrir camino en el cambio de la representación social de la locura, camino plagado de amenazas imaginarias y ancestrales, armado discursivo en el tejido colectivo que demuestra muchas veces ser más resistente que las más fuertes estructuras materiales.

res, amigos, vecinos. Para eso es necesario realizar un trabajo grupal, donde se concientiza a la comunidad sobre la realidad que vive el sufriente. Se trata de explicar, de responder a dudas y preguntas de los vecinos, amigos o familiares. Se ayuda a cada uno a descubrir qué puede hacer para ayudar a la persona en crisis.

Como se señaló antes, muchas veces la primera demanda del grupo es la de "sacarlo" de su medio, alejarlo, recluirlo. Una de las tareas del equipo es tratar de revertir esta actitud. La experiencia ha demostrado que dentro de la comunidad siempre hay elementos sensibles a la problemática del sufriente mental, a lo cual contribuye el hecho de tratarse de comunidades relativamente pequeñas —en el caso de Río Negro— por lo cual el "loco" no es un extraño o un desconocido. De esta manera, aun en medio de rechazos y hostilidades, aparecen personas o grupos que acceden a la propuesta de comprometerse en la ayuda al sufriente mental.

Corresponde aquí completar este aspecto de las ventajas de trabajar en pueblos pequeños, con poca población, mostrando también el otro lado de esta realidad. Si bien es cierto que se producen procesos de facilitación en la comunicación y ayuda a una persona en crisis, hay que señalar que ese mismo tipo de relación íntima, cercana, donde todos se conocen, puede también actuar en sentido contrario. En los pueblos pequeños existe un control social mucho mayor que en las grandes ciudades, que son mucho más permisivas en la aceptación de las diferencias. Rápidamente se identifica al diferente y se lo expulsa mucho más drásticamente por el solo hecho de que no puede circular por el pueblo, con lo cual le queda como única alternativa el destierro forzado. Los equipos de patrulla debieron intervenir incluso en situaciones de inminente linchamiento por parte de vecinos frente a un joven en crisis. Cuando un pueblo decide no incluir más entre los suyos a uno de sus miembros puede ser mucho más violento que la gran ciudad donde el mismo anonimato actúa como atenuante de la discriminación. Daría la impresión de que en los pueblos pequeños hay menos posibilidades de salir de las normas de convivencia establecidas, menos oportunidades de oponerse a los valores de la cultura dominante.

También los estrechos vínculos que establece la convivencia cotidiana imponen muchas veces la familiarización del conflicto suscitado por un paciente; quiere decir esto que se encolumnan detrás, a favor o en contra de la persona en crisis, los familiares, impulsados por largas historias que se remontan a sus antepasados, lo que complejiza aún más el abordaje y la resolución de la crisis. "Capuletos y Mon-