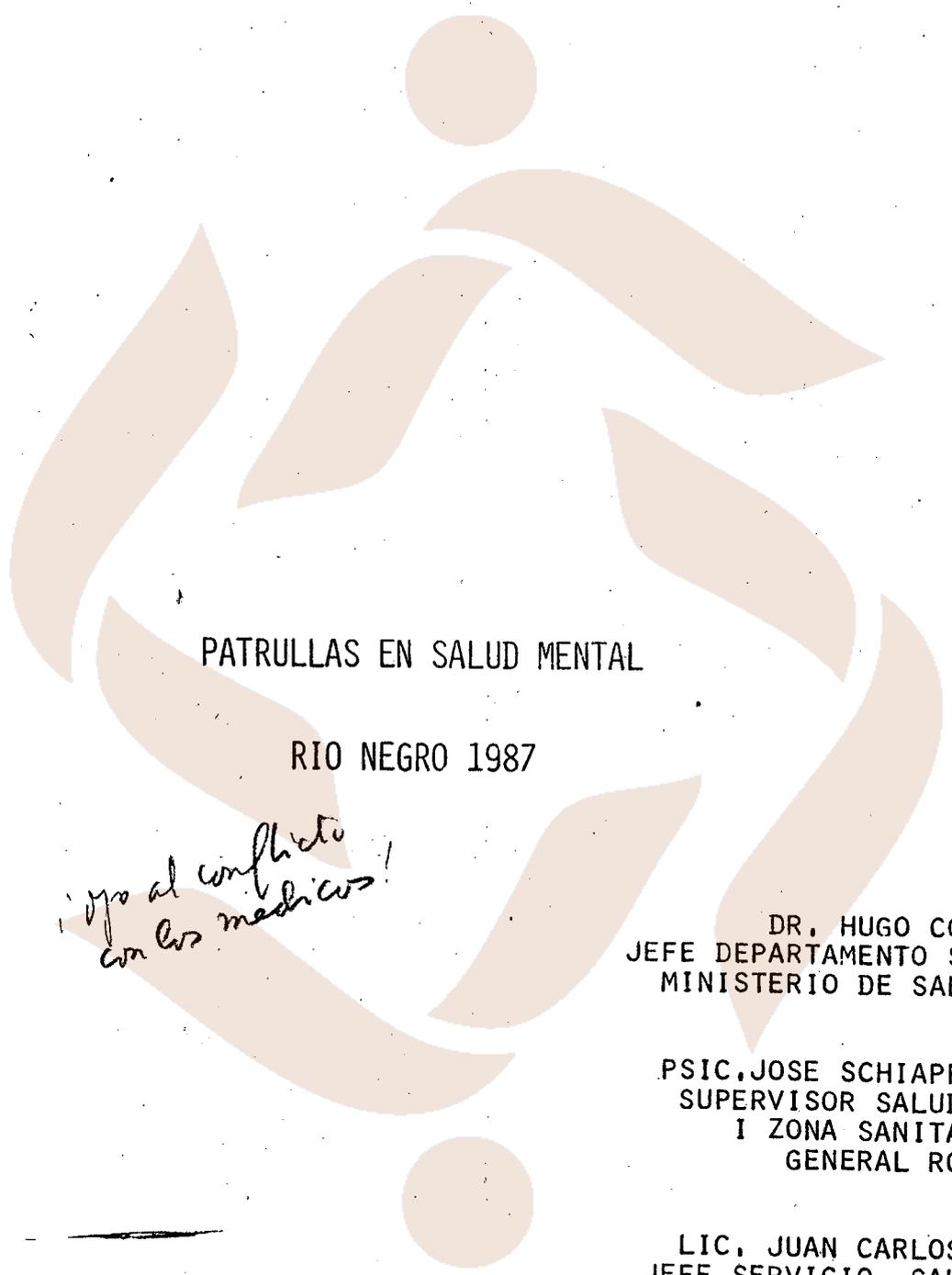


ha3



PATRULLAS EN SALUD MENTAL

RIO NEGRO 1987

*¡Dijo al conflicto  
con los médicos!*

DR. HUGO COHEN  
JEFE DEPARTAMENTO SALUD MENTAL  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

PSIC. JOSE SCHIAPPA PIETRA  
SUPERVISOR SALUD MENTAL  
I ZONA SANITARIA  
GENERAL ROCA

LIC. JUAN CARLOS TOTH  
JEFE SERVICIO SALUD MENTAL  
HOSPITAL ZATTI  
VIEDMA

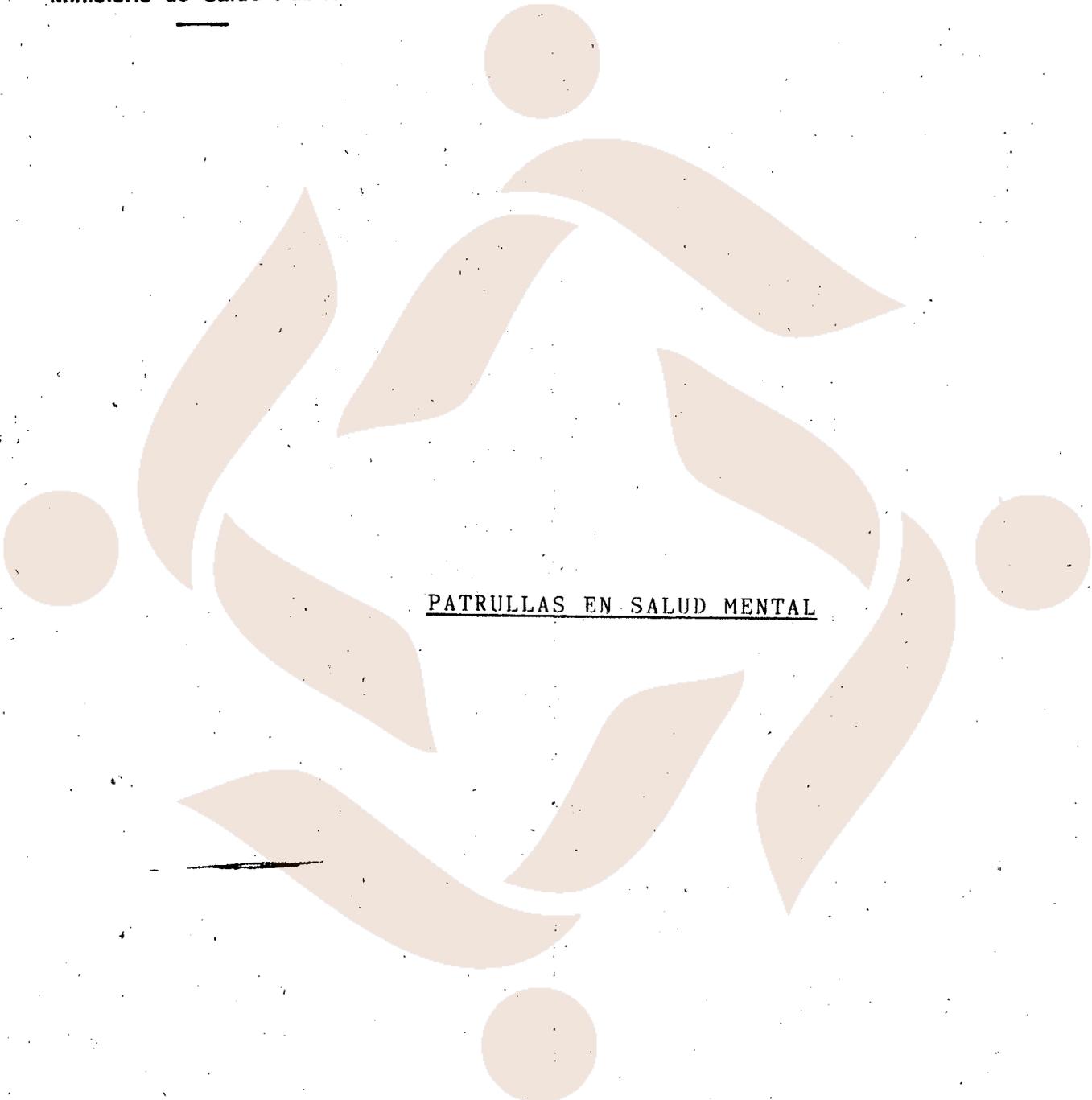
Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

VIEDMA.



PROVINCIA DE RIO NEGRO  
Ministerio de Salud Pública

---



PATRULLAS EN SALUD MENTAL

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

## "INTRODUCCION"

La Provincia de Río Negro es la tercera en extensión. Su superficie es de una extensión solo superada por Buenos Aires y Santa Cruz.

Como rasgo particular posee una distribución poblacional dispersa - en cinco zonas sanitarias con características geográficas y climáticas que conforman cinco Provincias en una. Este aspecto la diferencia del resto de las Provincias Argentinas dado que no se reproduce el esquema centralista de concentración poblacional en uno o dos polos.

Existen 27 hospitales de Area Programa distribuidos en todo el territorio provincial siendo un rasgo importante la gran distancia que se para los diferentes asentamientos poblacionales entre sí.

Como ejemplo de esto señalamos que la distancia que separa la Capital de la Provincia de la ciudad de El Bolsón, supera a la existente entre la ciudad de Buenos Aires y la de San Miguel de Tucumán.

La mayor parte de estos Hospitales son de tipo rural. Solamente 4 son de máximo nivel de complejidad, representado en la provincia por el nivel 6.

De los 27 Hospitales solo 9 poseen algún trabajador específico de Salud Mental: Psiquiatra, psicólogo, enfermero, asistente social, coordinador de G.I.A. (Grupos Institucionales de Alcoholismo), etc. De esto se desprende que 18 carecen de todo personal mínimamente adiestrado.

## PLANTEO DEL PROBLEMA

Entendemos la urgencia en Salud Mental como la boca de entrada al Sistema Institucional por lo que fué definida en los lineamientos provinciales vigentes como la principal prioridad.

De los cuadros que se presentan en forma de episodios de crisis es el alcoholismo en sus variantes de intoxicación o abstinencia, el de mayor frecuencia, relación 5 a 2 respecto a otros episodios de excitación psicomotriz.

Antes del advenimiento de la democracia las respuestas habituales ante estas situaciones consistían en la derivación al Neuropsiquiátrico de Allen, hoy transformado en servicio de Salud Mental. La conformación edilicia de este Hospital General de pabellones dispersos en un predio extenso posibilitó que uno de ellos se convirtiera en el manicomio de la Provincia. Es con la creación del Departamento de Salud Mental que se comienza el proceso de reformulación de su estructura y función.

Las derivaciones que se efectuaban provenían de localidades algunas cercanas y otras alejadas cientos de Kilómetros (entre 400 y 900 promedio). Esto implicaba el agravamiento del cuadro que padecía el individuo al desarraigarlo de su medio habitual, alejándolo de su familia y entorno social, fenómeno que funcionaba en dos sentidos: primero actuaba como depósito del paciente impidiendo su vuelta a la comunidad de origen y segundo: en las contadas situaciones que se producía su regreso al medio natural se comenzaba un circuito de reinternaciones o deambulaciones por otras Instituciones debido a la descompensación que invariablemente se producía con su vuelta al pueblo.

Es así que la dificultad en el seguimiento del paciente externado, el mal manejo del proceso de resocialización y reinserción en su medio

3

habitual cierra un ciclo que se inicia al no contenerse al paciente en crisis en su propia comunidad generando permanentes derivaciones viciadas de nulidad también por la manera deficiente en que se realizaban. - La respuesta habitual era la de sacarse al paciente de encima profundizando ~~su~~ segregación y marginación derivándolo a centros que supuestamente estaban capacitados para encarar una solución que en muchos casos funcionaba como depósito y negación del verdadero problema más que como una alternativa cierta de rehabilitación.

#### NUESTRA PROPUESTA

Ante la situación así planteada nuestra propuesta fue la de intentar contener al paciente en su propio ámbito y con los recursos con que cuenta su propia comunidad siendo nuestro rol el de actuar como facilitadores de este aprendizaje.

¿De qué manera?:

→ Volviendo a los Hospitales Rurales para interactuar desde ellos con la propia comunidad y con todos los trabajadores de Salud. Queremos así - apelar al potencial terapéutico, a los recursos de Salud presentes en todo ser humano.

Nuestra intención fue la de hacer partícipes a todos los trabajadores de salud y otros referentes comunitarios en los conceptos, posibilidades y prácticas en Salud Mental. Buscamos de esta forma articular Salud Mental con las demás áreas de salud interactuando con otros sectores de la sociedad que tienden a los mismos fines.

Actuando como facilitadores de la dinámica grupal intentamos que sea la propia comunidad la que descubra sus necesidades corriéndonos del rol

habitual de cubrir la oferta.

Breve descripción de la metodología utilizada:

Constituimos equipos de trabajo integrados por diferentes miembros de los servicios de Salud Mental:

Psicólogos, psiquiatras, enfermeros, coordinadores de grupos institucionales de alcoholismo.

En oportunidades se sumaban médicos residentes en medicina general u otros trabajadores de la Salud interesados en conocer la modalidad operativa que implementamos.

Un requisito para la tarea es el de la presencia de por lo menos dos miembros de los cuales uno debía tener 2 viajes previos como mínimo para funcionar así como nexo y continuidad.

El cronograma de las salidas estableció una frecuencia de 30 a 40 días entre cada viaje. Convenimos en lo importante de viajar por primera vez pero mucho más lo era poder garantizar los sucesivos encuentros evitando así las frustraciones de las expectativas que se creaban. Debemos recordar que en general estos Hospitales han sido los más relegados.

En ellos el descreimiento y escepticismo ante las propuestas de continuidad en la tarea era un factor de mucho peso debido a que históricamente no se cumplían.

La salida y el regreso están previstos en el mismo día por lo general, recorriendo una distancia promedio de 400 a 600 kilómetros.

Nuestro primer encuentro consistía en reunir a todo el personal que trabaja en el Hospital: mucamas, cocineros, choferes, agentes sanitarios, médicos, enfermeras, personal administrativo, peones de mantenimiento, -

director del Hospital, asistente social, etc.

Sentados en círculo tratamos de conocer cuál era la demanda manifiesta y cuál el pedido real ante nuestra presencia. En muchos Hospitales era la primera vez que en un mismo ámbito se sentaban juntos los médicos con otros trabajadores de la Institución.

Invariablemente surgía el tema de la locura y las fantasías a ella vinculadas.

El tema del abordaje de la urgencia ocupaba el lugar central. El manejo del alcoholico y la continencia ante los cuadros de excitación psicomotriz eran los temas de mayor frecuencia.

El seguimiento de algunos pacientes de larga data o niños con serios problemas de aprendizaje y/o conducta surgían también ante nuestra presencia. Estas inquietudes fueron comunes a la mayor parte de los viajes y a la casi totalidad de los Hospitales visitados. En uno se comenzó a trabajar en un grupo de reflexión con todos los miembros del Hospital por pedido y con consenso mayoritario: -Cuando lo considerábamos oportuno (momento del grupo) transmitimos nociones básicas de psicofarmacología de urgencia y elementos prácticos del manejo del episodio de intoxicación alcohólica, abstinencia y otros cuadros de excitación psicomotriz - Intentamos el entrenamiento en modalidades alternativas de continencia de la crisis.

Esto lo encaramos convencidos de que todo individuo puede contener una urgencia psiquiátrica con una capacitación básica. No es este aspecto, el de la capacitación, el principal escollo a nuestro entender sino aspectos de manejo del poder en la Institución los que significan hasta la fecha la principal traba por nosotros encontradas (Este tema será desarrollado en párrafo aparte.).

Se trabajan además otras temáticas que proponen los interesados incorporando a la reunión a distintos miembros de la comunidad: intendente,

miembros de la policía, maestros, directores de escuela; en algunas --  
oportunidades: curanderos. Estas presencias facilitaban el hallazgo de  
recursos presentes en las comunidades para favorecer acciones de preven-  
ción. En muchos casos permitieron resolver problemas presentados como -  
médicos pero de un claro contenido social. En otros se posibilitó la -  
reinserción en su medio del paciente externado o se encontraron modali-  
dades prácticas para contener al individuo en crisis.

En cuanto a las Escuelas, cuando así se lo demandaba intentamos abor-  
dar los conflictos que se planteaban, frecuentes en la mayoría de las lo-  
calidades, implementando grupos de reflexión.

Entendemos a los niños presentados con supuestos problemas de con-  
ducta como emergentes de una Institución con conflictos. Es en el marco  
propio de la Escuela dónde deben analizarse estos fenómenos con la parti-  
cipación activa de los trabajadores de la Educación.

Tendimos a captar individuos alcohólicos que estén dispuesto a capa-  
citarse como coordinadores de Grupos Institucionales de Alcoholismo.

En muchos Hospitales estos provienen del propio personal de la Insti-  
tución por ejemplo: Agentes Sanitarios, choferes, etc.

Por último, a partir del trabajo iniciado se estimuló a determinados  
trabajadores de Salud que se mostraban sensibilizados por la problemáti-  
ca en Salud Mental a buscar formas más específicas de Capacitación.

#### EVALUACIÓN DE LA TAREA

Luego de dos años de comenzada la labor y realizadas alrededor de 36  
salidas estamos en condiciones de evaluar lo realizado a partir de algu-  
nos indicadores que si bien parciales nos permiten tener una orientación

7

cierta. Debemos señalar que algunos indicadores médicos tradicionales han tenido que ser reformulados para los aspectos que se vinculan específicamente con la dimensión social de la tarea de Patrulla. Reconocemos este aspecto como un déficit que debe encararse como una tarea específica de investigación a partir del trabajo realizado.

Algunos datos:

- ~~observamos~~ la disminución del número de derivaciones, aún no cuantificado.
- mejora en la continencia de los casos de excitación psicomotriz por abstinencia o intoxicación alcohólica. (Datos aportados por los trabajadores de Salud de los Hospitales Rurales).
- disminución en la reinternación de pacientes externos.
- en los casos que se efectúan derivaciones estas mejoraron en su modalidad y oportunidad.
- apertura de nuevos canales de comunicación que rompen el aislamiento entre los Hospitales Rurales y los Servicios de Salud Mental posibilitando esto, entre otros aspectos, un mejor manejo de la urgencia.

En el Hospital Rural que nos recibía observamos los siguientes fenómenos:

a partir de nuestra propuesta de trabajar todos juntos en un mismo ámbito y momento generamos una serie de movilizaciones dentro de la propia Institución.

Cabe recordar que no es frecuente la reunión con la presencia de los diferentes trabajadores del Hospital ni existen instancias previstas para compartir la tarea. Observamos una estratificación jerárquica de los roles teniendo el médico el lugar de mayor peso dentro de la Institución. Esto generaba, entre otros fenómenos, una evitación de las reuniones conjuntas entre los diferentes trabajadores de salud.

Con nuestra intervención intentamos generar mecanismos de apertura orientados a la conformación del Equipo de Salud.

Cuando pudimos actuar acertadamente observamos que lentamente se producía un corrimiento del "loco" del centro de la escena emergiendo entonces otras dificultades.

El Hospital y su comunidad surgen así como nuevos ejes de preocupación.

En la mayoría de las Instituciones surgieron trabajadores de la Salud que se sensibilizaban más por la problemática en Salud Mental y demostraban un mayor interés por el tema. Hacia ellos dirigimos una atención diferenciada en el sentido de capacitarlos como agentes de Salud Mental. Esta atención diferenciada consiste en pasantías breves por Servicios de Salud Mental, envío de Bibliografía y materiales de estudio, invitación a participar de jornadas y seminarios específicos, etc.

Estas personas demostraron en la práctica ser un recurso válido y pasaron rápidamente a actuar como apoyo interno durante nuestras visitas y como posta y relevo en el lapso que transcurre entre un viaje y el siguiente. Se transformaron en nuestro referente para actuar a la distancia y como nexo concreto que motivaba y organizaba la tarea dentro del propio Hospital Rural.

Si bien la mayoría de los Hospitales Rurales pertenecen a comunidades pequeñas: entre 2000 a 4000 habitantes, no siempre había una buena comunicación de sus pobladores con el Hospital local. A partir de incor-

porar a las reuniones conjuntas y en tareas específicas a docentes, intendente, policía, etc. se generaron nuevos vínculos facilitadores de la tarea de integración. Esto fue posible a través de orientar la dinámica grupal en el sentido de permitir romper las trabas que dificultaban como obturadores de la comunicación Hospital-comunidad.

Intentamos facilitar el reconocimiento de los recursos presentes en el propio pueblo buscando formas prácticas y concretas de ayuda y solidaridad vecinal apropiándose de recursos existentes pero hasta ese momento no reconocidos.

Esto se agilizaba cuando conseguíamos resolver adecuadamente las trabas antes señaladas.

#### En cuanto al Equipo de Salud Mental:

En primer lugar comprobamos que la tarea era posible; lo que en un comienzo fue visto como una imposición pasó rápidamente a ser una tarea que entusiasma. Participan de las salidas aquellos que en forma voluntaria están dispuestos.

Observamos el cambio de la dimensión con que se enfoca el trabajo -- Hospitalario en el sentido de comprender que no termina en las paredes -- del consultorio sino que se extiende, o mejor dicho: comienza en el propio lugar donde vive el paciente.

Se modifica así la concepción tradicional de recibir y esperar al paciente. Se comprende el valor de ir al barrio o pueblo donde habita pero no en un sentido de mero cambio geográfico. Se integra este cambio con la necesaria reformulación de las prácticas cotidianas. Surge así como imprescindible el replanteo de las técnicas habituales para poder operar en un terreno desconocido y ante demandas originales. Intentamos traba-

10

jar el reconocimiento de las necesidades del grupo y no desde la clásica intervención de la oferta del profesional.

Otro aspecto para señalar es lo concerniente a la posibilidad de obtener una visión integradora del individuo entendiendo al paciente como emergente de una realidad social, cultural y económica concreta. Es así que de "donde vienen" nos permitió saber "quiénes son".

Por otra parte un fenómeno a destacar es el correspondiente a los cambios que se produjeron en los trabajadores de Salud Mental al reinserirse en su propio Hospital: parecía que era más fácil actuar con los trabajadores de Salud de otros Hospitales, en general alejados cientos de Kilómetros, que en el ámbito cotidiano. Esto sostiene la observación de que algunos Servicios de Salud-Mental - recién luego de varias salidas pudieron comenzar a interactuar en su propia Institución.

Las salidas permitieron la integración entre miembros de distintos Servicios de Salud Mental a partir del compromiso en una tarea concreta que implica el traslado en un vehículo a través de grandes distancias y en condiciones climáticas muchas veces adversas. Se compartían muchas horas de experiencia común donde la solidaridad es un factor determinante para la integración.

Observamos en el desempeño de nuestro rol la dificultad para abandonar las posturas tradicionales. Notamos una tendencia a "tapar bocas" y de ocupar el centro de la actividad como actores principales perdiendo muchas veces de vista al principal protagonista que es el individuo y su grupo que está ante nosotros.

#### En cuanto a los trabajadores de Salud en general:

Como continuación de fenómenos ya señalados desarrollaremos en este

párrafo aspectos concernientes a la conducta observada en la dinámica grupal de los diferentes trabajadores del Hospital Rural.

Algunos Directores de Hospital se resistían a compartir la reunión con otros miembros no médicos de la Institución. Se fundaban en el planteo de la no comprensión por parte de aquellos de los términos de nuestra exposición, planteo que se hacía como prejuicio previo al momento de la reunión.

Nosotros entendimos esta oposición como una forma de resistencia a perder la Hegemonía que detentaban a partir del manejo del conocimiento técnico.

Ya en el transcurso de la reunión se repetían situaciones comunes a el conjunto de las Instituciones que recorríamos: los médicos tienen una intervención mucho más activa que el resto de los trabajadores de Salud que en general estaban en silencio. Estos participaban cuando desde nuestra coordinación estimulábamos activamente su intervención.

Como respuesta a nuestra propuesta de trabajo se generó una actitud de compromiso marcadamente diferenciada por parte de los médicos que - salvo excepciones, no acudían a la reunión o saboteaban la tarea con intervenciones disruptivas o se retiraban antes de concluir la reunión.

Los que mayor disposición demostraron fueron enfermeros, mucamas, agentes sanitarios, asistentes sociales, choferes y personal de mantenimiento y cocina. Estos se comprometían con la propuesta y demostraban una sensibilidad mayor que el resto del personal. Este sector, entre otros aspectos, fue el excluido habitualmente de las propuestas de capacitación tradicionales.

El relato de la siguiente situación permite sintetizar con un ejemplo los roles que se adjudican a los distintos trabajadores y como éstos son asumidos: en el transcurso de una jornada de trabajo, en un Hospital Rural, estando todos reunidos en un círculo, observamos el hecho,

42

ya descrito anteriormente, de la dificultad para la participación activa del personal No médico. Explicitamos esta observación en voz alta y luego de un silencio contesta una cocinera diciendo:

"De qué puedo hablar yo si solo soy la que hace la comida"

Nuestra respuesta fué:

"Pensó usted que sucede si los pacientes no comen?"

Con respecto al tema alcoholismo es frecuente encontrar entre los trabajadores del Hospital algún planteo acerca de parientes que lo padecían.

Fue posible individualizar a algún miembro del Hospital en período de abstinencia que luego se capacita para la coordinación del Grupo Institucional de Alcoholismo.

Por último fueron los médicos los que con mayor insistencia solicitaban de nosotros un rol asistencial proponiendo que nuestra actividad se centrara en atender pacientes del lugar. Fundamentaban este planteo en el hecho de que no eran especialistas actitud que entendimos como un intento de depositar al enfermo fuera del ámbito de sus prácticas habituales.

Los no médicos se mostraron más satisfechos con los recursos técnicos recibidos proponiéndose llevarlos a la práctica.

#### ALGUNAS REFLEXIONES PARA LA APERTURA

Es en esta etapa de la experiencia que debemos evaluar nuevos fenómenos no teniendo aún claramente definidos los enfoques a utilizar. Entendemos como un indicador positivo el pedido de continuidad expresado en forma mayoritaria por los diferentes trabajadores del Hospital Rural. Esto se basa no solamente en el estado de ánimo demostrado sino también en

un resgistro escrito que completamos al finalizar cada jornada de trabajo y donde en forma voluntaria y anónima, cada uno expresa un acierto, una crítica y una propuesta acerca de lo realizado.

Nos definimos por los fines participativos, de interacción y descentralizadores. Operamos a distancia de nuestros habituales medios de pertenencia redefinidos como de poder. La idea de patrulla se incluye en una tarea que tiende a satisfacer demandas surgidas de situaciones diversas a la de los miembros que las constituyen.

Siempre tuvimos en claro que podíamos viajar a cierta zona para reforzar viejas creencias y mantener antiguas estructuras o permitir con nuestros viajes un replanteo del saber.

En nuestro trabajo fue necesario revalorizar previamente algunos indicadores. Por ejemplo: las derivaciones, durante mucho tiempo consideradas un reconocimiento al saber de algunos centros.

Las internaciones prolongadas debieron dejar de tener sentido de "prestigio" para el internante. El silencio del derivante debió dejar de tener un sentido de respeto y ganar un reproche. En un momento dado todo lo señalado debió transformarse en un problema.

La patrulla está actualmente en marcha en Río Negro. Es más que una experiencia, una suma de ellas, desde diferentes zonas sanitarias de distintas poblaciones. Es en la Provincia un concepto que señala apertura. No es solución total en sí misma, solo pretende llevar los gérmenes de un cambio. Está inscripta en un cambio. Son acciones que requieren pocos recursos administrativos y que se resiste a inscribirse como asistencia e incluso como mera capacitación de recurso no convencional.

Quiere expresar el inicio de modificación de un sistema perimido.