

Ra3

SALUD MENTAL:

UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA

"Quiero relatarles una experiencia que hemos comenzado hace pocos meses y me gustaría contar con Ustedes para poder pensarla entre todos:

A los pocos días de hacerme cargo del Departamento de Salud Mental de la Provincia de Río Negro, recibo la Historia Clínica de HUGO, quién está bajo responsabilidad del Juzgado Provincial. Este, por intermedio del Ministerio de Salud, solicita una lista de Instituciones para su internación. HUGO tiene 17 años. En la Historia Clínica el Médico Forense dice..."paciente con problemas de conducta. Presenta una disminución del coeficiente intelectual. Padece de un cuadro de epilepsia. En el último período comienza a beber alcohol en forma descontrolada, etc"... . Había llegado al Juzgado por reiterados episodios de atentado a la propiedad ajena, delitos menores, lo que podría llamar: raterías, romper el vidrio de una vivienda vecina, dañar la pintura de diversos automotores de un taller de reparaciones, etc.

Estuvo internado en dos oportunidades: una en la Provincia de Río Negro y la otra en el Neuropsiquiátrico de Carmen de Patagones, Provincia de Buenos Aires. En ambas se había fugado y siempre con igual destino: volver a su pueblo, distante 180 Km. de Viedma. Tuve la sensación que estaba ante un caso de difícil resolución, con el agravante de la corta edad del paciente, generándome serias dudas respecto a su futuro.

De las averiguaciones realizadas obtuve la siguiente información:

- 1- Minoridad y Familia no posee en la Provincia ninguna Institución adecuada para su internación.
- 2- Los Servicios de Salud Mental de la Provincia tampoco aceptaban al paciente debido a los anteriores episodios de fuga y su cuadro patológico particular: problemas de conducta, alcoholismo y el agravante de su corta edad.

Al solicitar la información a otras Provincias surge que solamente la Colonia Montes de Oca, en la Provincia de Buenos Aires sería el lugar, pero con reservas, apropiado para su internación.

///...

Mientras tanto HUGO ya había pasado 2 meses en la Alcaidía compartiendo con los policias su vida cotidiana. En forma periódica un Psiquiatra del Servicio de Salud Mental del Hospital de Viedma concurría a visitarlo y el Forense se encargaba de suministrarle la medicación necesaria, hecho este, que quedó en manos de un agente, el que daría las dosis en los horarios correspondientes.

Al no poder resolver en forma satisfactoria la internación solicitada y considerando el deterioro que significaba su vida de encierro en la Alcaidía, alegando el peligro que existía para el paciente por estar a su alcance armas de fuego, el Juez solicita la reclusión en alguna unidad carcelaria al no haber obtenido respuesta de las respectivas Direcciones de Salud Mental de las diferentes Provincias con las que se había comunicado previamente. Se había movilizado prácticamente a todo el País. De distintas regiones se comunicaron inquietos por el caso ¿qué pasaba en Río Negro que un Juéz había llamado solicitando colaboración de manera tan dramática?.

Se envía entonces al paciente en un móvil policial a la Unidad Penitenciaria de Santa Rosa, Provincia de La Pampa con la intención de alojarlo en ella. Es rechazado nuevamente regresando a la Alcaidía luego de recorrer más de 1000 Km. En el trayecto desaparece un radio transmisor portátil el que es encontrado entre las ropas de HUGO, nuevo hecho que irrita a la Comisión que tuvo a su cargo el traslado.

Convoco entonces a una junta interdisciplinaria para analizar el caso. Era necesario hallar alguna estrategia terapéutica que permitiera encarar con mejores perspectivas el tratamiento del paciente reconociendo las limitaciones -- que la realidad Institucional planteaba y que hace a un aspecto crítico de la Salud Mental en nuestro País, que creo necesario reveer. Este joven había puesto de manifiesto las innumerables insuficiencias que se presentan para encarar el tratamiento de problemáticas que tienen en el factor social, un componente de fundamental importancia. La sociedad producía un hecho del cual luego pretendía deshacerse desconociendo su responsabilidad en el mismo, como desencadenante y condicionante negando por lo consiguiente alternativas acordes a la -- reinserción y resocialización.

Iniciada la vía de la anormalidad, el retorno estaba vedado y la única perspectiva futura era la profundización de su marginalidad.

Cuatro horas necesitamos el Jefe del Neuropsiquiátrico de Patagones, el psicólogo, Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital Zatti de Viedma y yo para arribar a la conformación de una estrategia común. Ambos profesionales conocían al paciente por haberlo tratado en alguna oportunidad. Coincidimos en la gravedad del caso y en la necesidad de dar una respuesta adecuada. Esta solo sería factible si intentábamos devolver a cada sector su responsabilidad; reubicar el lugar de los distintos elementos desarticulados puestos de manifiesto en la actitud de HUGO. Su denuncia debía ser tenida en cuenta para no equivocarse la respuesta.

Esto significó, en otras palabras, prolongadas reuniones con el Jefe, el Forense y la Asesora de Menores a fin de explicar las razones del deterioro que implica la reclusión del paciente. Que había otras alternativas más ruidosas, más públicas pero que a nuestro entender eran el único camino para intentar recuperar al paciente, reconociendo las limitaciones que el caso planteaba. Deberíamos volver a su comunidad, su pueblo y desde allí repensar el caso pero no sobre el paciente sino con la comunidad toda.

Un hecho particular nos llamó la atención y reforzó aún más nuestra posición: Había dos pacientes internados en el Neuropsiquiátrico de Patagones ya recuperados que desde hacía varios años, estaban en condiciones de reintegrarse a una vida normal pero que esta misma comunidad rechazaba.

Otro elemento en la estrategia a elaborar era la familia: HUGO es el hermano del medio. Su hermano mayor vive alejado, en una chacra a 200 Km. de su pueblo. La hermana menor vive con él y su madre, planchadora del Hospital de su ciudad. El padre es alcoholista no teniendo contacto alguno con la familia. Se desconoce su vivienda. Distintas versiones rondaban la imagen de la madre: que no era colaboradora; temía la violencia de su hijo. Solo serían confirmadas con la presencia de esta en el tratamiento de HUGO.

Sobre estas ideas básicas se disintió en las reuniones de Equipo en ambas Instituciones suscitándose distintas dudas y el cuestionamiento respecto al esfuerzo que esta estrategia planteaba: por qué en este caso? y el tiempo para las otras actividades?.

Tomamos éste como un caso índice y reconocimos en el esfuerzo a realizar la perspectiva de un abordaje diferente de problemáticas que casi a diario se nos planteaban en nuestros Servicios. El caso planteaba dudas respecto a su recuperación pero convenimos que solo trabajando con la comunidad, reinsertando a HUGO en su medio, podríamos actuar en forma preventiva para futuros casos intentando descubrir los motivos de expulsión que tiene esta población con sus enfermos.

Todo esto llevó 45 días de trabajo; varias reuniones conjuntas de ambos Servicios, hecho este que también rescatamos en la elaboración conjunta de la estrategia a seguir, o sea, la integración de dos Equipos separados por el Río Negro pero pertenecientes a una misma población que hasta ahora no habían podido encontrarse en la tarea común. De este trabajo surgió la siguiente estrategia que sintetizada en siete puntos sería elevada al Juez, al Médico Forense y a la Asesora de menores para que del común compromiso, se brinden las condiciones mínimas para su realización:

1- Se internará al paciente por un período no mayor de 30 días en el Neuropsiquiátrico, sin custodia policial. El Juez debía garantizar la presencia de la madre la cual se internaría con el hijo previo pedido de la licencia correspondiente a su trabajo.

2- Justicia nos proveerá de la movilidad para que un pequeño Equipo se traslade periódicamente al pueblo para trabajar con la familia y diferentes sectores involucrados.

3- Se deberá tramitar por la Obra Social correspondiente, el pago de los gastos de su tratamiento.

Comenzamos el tratamiento de acuerdo con el Juez debiendo firmar una nota en la que garantizábamos que el paciente dejaría de ser peligroso y su seguridad no estaría en juego. Lo aceptamos recalcando las limitaciones que la especificidad de nuestro trabajo impone: no podíamos asegurar su restablecimiento definitivo ni prevenir su conducta futura.

Al comienzo HUGO no quería irse de la Alcaldía. Se encontraba a gusto en ese medio. Hubo que realizar un acercamiento gradual hasta que aceptó su internación. La Madre acudió y participó de las actividades de la comunidad terapéutica. No hubo episodios de violencia ni fugas. Llegó el momento entonces de --

nuestro encuentro con la comunidad. Dos Médicos Residentes, el Jefe del Neuropsiquiátrico, el Jefe del Servicio de Salud Mental de Viedma y yo, un día lunes, emprendimos el viaje de 180 Km. El pueblo tiene 8.000 habitantes, un tercio de la población es rural. Está compuesta por descendientes de mapuches, criollos e hijos y nietos de inmigrantes españoles. Teníamos temor, no sabíamos con que respuesta nos encontraríamos. Era la primera vez que alguien de Salud Mental llegaba al lugar. La sensación era de estar entrando en una zona de tormenta. La violencia de este joven también estaba en su pueblo: sabíamos que era frecuente la portación de armas en sus habitantes; los episodios agresivos eran casi cotidianos. En este primer acercamiento hablaríamos con representantes de las organizaciones comunitarias, llevaríamos nuestro enfoque del caso y fundamentalmente, escucharíamos las diversas opiniones que surjieran del encuentro.

Mientras los Médicos Residentes se encontraban con la Madre de HUGO en su casa; hay que aclarar, que estos profesionales fueron los que tuvieron a su cargo la terapia familiar durante la internación; nosotros fuimos al Hospital para hablar con su Directora. Fue el comienzo del trabajo. La Directora, junto al Subdirector recibieron con agrado nuestra visita pero mantuvieron posiciones divergentes en cuanto a aceptar a HUGO nuevamente en el pueblo. A partir de este momento empezamos a armar el rompecabezas, a integrar la información caótica que HUGO transmitía con sus fechorías. Hubo diversas opiniones, por ejemplo: "Nadie se ocupó de él hasta ahora". El Subdirector estaría dispuesto pero requería la información pertinente al cuadro del paciente y la medicación que debía administrársele como así también, saber cómo se debería proceder ante un episodio de descompensación. Durante el encuentro se reconoció que en todo el Hospital no había ningún profesional capacitado en la comprensión del enfermo mental, siendo el pánico y la huida o la anestesia las únicas reacciones ante la crisis.

Tanto en este, como en los demás encuentros, fue fundamental el hecho de plantear que el paciente podía convivir en su medio, que con la medicación y el seguimiento psicoterapéutico revertirían muchos de sus síntomas. Esto tran-

///...

quilizaba a nuestro interlocutores. Remarcábamos que la colaboración de los -- diferentes integrantes de la comunidad actuaría a favor de la recuperación. A todos los que entrevistamos dejamos nuestros teléfonos, como forma de rubricar la continuidad de nuestro compromiso.

El Subdirector se muestra colaborador: entiende que si disminuye el miedo - se puede lograr un acercamiento a HUGO y refiere que hay gente que estaría dis puesta a ayudarlo. Relata un episodio: cuenta que hace algunos años, HUGO ju gando, pierde la pelota en el jardín de su casa. Comienza entonces a tirar pie dras desde la calle contra los vidrios de la casa, no se atreve a entrar pa- ra buscarla. El le contesta: entrá y llevatela!. HUGO lo hace pero en forma muy temerosa. Desde ese día nunca más arrojó piedras al repetirse la misma situa-- ción, concluye el relato.

Convenimos en el próximo encuentro donde capacitaríamos a los Médicos de -- Guardia en la comprensión del enfermo mental durante el episodio agudo y nocio nes básicas de psicofarmacología de urgencia.

El Jefe de Policía hacía pocos meses que estaba en el pueblo. Conocía el - caso y comentó que había otro adolescente que entra por las claraboyas de los techos de las casas robando pequeños objetos. Tiene la particularidad de escri bir con pintura en la pared el nombre de "escorpión".

Para el pueblo era HUGO que estaba haciendo de nuevo de las suyas pero él - sabía que no era así. Nos comentó que este era un pueblo raro y que había per sonalidades muy influyentes que presionan.

Mostró aceptación a nuestro planteo y además, en su relato inmediato confir mó la validéz del enfoque:...."no todo el que delinque es delincuente. El otro día nos avisan que habían entrado en la panadería por la noche. Una comisión se dirige al lugar. El joven que estaba adentro, al verse descubierto, atravie sa la vidriera en su fuga y desaparece". A las dos horas, era ya media noche, y la temperatura bajo cero, lo encuentran desnudo escondiéndose dentro del río solo asomando la cabeza para poder respirar. Este joven, que en un comienzo se mostró remiso a dar cualquier información cuenta luego de algunas horas que vi ve solo en una casa muy precaria y que no tenía trabajo.

///...

El Comisario logra un mejor acercamiento y a los pocos días los encuentros se hacen frecuentes. En la actualidad, nos dice, : "no se como hacer porque viene a hablar conmigo dos horas por día, me cuenta que ve platos voladores y cosas raras. ~~Pero es un buen muchacho.~~" Durante la conversación descubrimos a un agente que en otros tiempos había logrado establecer un buen vínculo con HUGO.

Con este hablaríamos para que pueda actuar de manera positiva evitando medidas represivas injustas y como acompañante del paciente. Entre este y el Subdirector se harían cargo de controlar la toma de la medicación. Se daría apoyo así a la Madre demostrando además preocupación efectiva por HUGO: alguien preguntará por él todos los días.

El que más resistencias presentó fue el intendente que insistía en el planteo de que: "si no hay familia que resuelva, no se puede hacer nada". Le contestamos que se puede apelar a una familia sustituta y que además sería muy útil encontrarle trabajo. Como forma de continuar su actitud resistencial manda llamar a una vecina, la Sra. OLGA. Esta tiene dos hijas, a una de las cuales, según su relato, HUGO intentó violar. "Yo le tomé miedo, quedé impresionada. Me parece que lo veo todavía...". Más adelante aparecerá que el conflicto es con una vecina que lo manda a HUGO a cometer hechos en su contra. Al finalizar la charla, la Sra. OLGA dice: ..."yo también necesito tratamiento"... Lentamente se iba descentrando al paciente del problema para permitir la aparición de otros factores presentes pero hasta entonces encubiertos.

En todos los casos planteamos nuestra reserva en cuanto a la total recuperación del paciente. Que la imposibilidad de contenerlo a HUGO hablaba de dificultades de la comunidad y que nosotros regresaríamos en forma periódica para poder, entre todos, ver cuáles eran las dificultades.

También buscamos a la curandera del pueblo. Más allá del cuestionamiento científico que hace a su tarea, la incorporamos como nexo, como traductor e intérprete. La población acude con confianza a ella. Es una realidad asistencial concreta que no debemos negar.

Esto fue una síntesis del primer viaje. Luego hubo otro. HUGO volvió al pueblo, estuvo algunos días de visita para luego regresar al Neuropsiquiátrico de Carmen de Patagones. El temor por él se mantuvo presente: como se demoró en

su regreso al Hospital, la Directora planteó que podía mandarlo en una ambulancia que partía en ese momento con una mujer embarazada hacia Viedma. Nos negamos a este traslado: HUGO debía viajar en omnibus con la Madre tal cual lo estaba realizando hasta la fecha.

Hoy a 4 meses del comienzo de la estrategia, HUGO vive en su pueblo. El intendente le consiguió trabajo, la madre intenta contenerlo, duerme en su casa - por la noche, toma su medicación regularmente. Todo es muy reciente. La incertidumbre respecto al futuro nos invade pero entendemos que las respuestas que se darán, de aquí en más, serán las que el propio pueblo esté en condiciones de brindarse. Viajaremos cada quince días hasta que logremos reunir a todos en un mismo ámbito: al intendente, los vecinos, el Jefe de Policía, el director del Hospital, a la curandera.

Con este grupo trabajaremos tratando de no ser paternalistas ni autoritarios.

Ya, en algunas reuniones emergen otras inquietudes. Ahora nos piden que vayamos a la Escuela: "ahí hay problemas" nos dicen. Reuniremos a los docentes y no asistiremos a los alumnos en lo inmediato; intentamos así que la comunidad educativa sea la que piense sus necesidades. Creemos que es la que en mejores condiciones está para encarar la solución de los conflictos que se presentan.

Pretendemos con esta estrategia desmedicalizar la anormalidad sacándola de la esfera del individuo en particular para otorgarle una historia y un sentido social. Porque al medicalizar la anormalidad la apartamos del debate público y la colocamos en un plano donde solo los expertos pueden debatirla.


Tratamos así de que la comunidad adquiera conciencia crítica de las problemáticas de Salud y que se organice para resolver sus dificultades teniendo en cuenta sus costumbres y valores.

Pero existe además, otro aspecto: reconocemos que al salir del Hospital cambian los diagnósticos porque hay que adecuarlos al contexto; al cambiar el diagnóstico, cambia la tecnología.

Esto implica un tremendo desafío porque entonces también nosotros, los trabajadores de Salud Mental, al igual que este Pueblo tenemos que repensarnos y reencontrarnos."

- Presentación efectuada por el Dr. Hugo COHEN Jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Río Negro ante el Primer Congreso ARGentino de Psiquiatría organizado por A.P.S.A.-Buenos Aires 1.985.

Al momento de la transcripción del presente trabajo HUGO continúa en su pueblo viviendo con su madre. Noviembre de 1.987.-



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús