

## Programa de Salud Mental en la Provincia de Río Negro (Argentina)

### *Antecedentes generales*

La provincia de Río Negro está situada en la región patagónica de la República Argentina, limitando al norte con la provincia de la Pampa; al oeste con la provincia de Neuquén y la República de Chile; al sur con la provincia de Chubut y al este con el océano Atlántico y la provincia de Buenos Aires. Tiene una superficie de 203.013 Km<sup>2</sup> y una población de 552.303 habitantes, en 1994. La capital de la provincia es la ciudad de Viedma y cuenta con una división política en 13 departamentos y una natural en cinco regiones: el Alto Valle, el Valle Medio, Atlántica o Valle Inferior, Cordillerana y Meseta Desértica.

A excepción del conglomerado del Alto Valle, donde vive el 53% de la población, las 8 comunidades urbanas se encuentran separadas por distancias considerables. El 72% de la población ríonegrina es urbana, concentrada en los departamentos de General Roca, Adolfo Alsina, Bariloche y Avelleda. La población rural (28%) se distribuye en los departamentos de Pilcaniyeu, Ñorquinco, El Cuy, Valcheta, 9 de Julio y 25 de Mayo.

La provincia muestra una tendencia de crecimiento poblacional rápido. En el año 1970 tenía 264.158 habitantes, con una densidad poblacional de 1,3 habs./Km<sup>2</sup>, que ascendió a 2,7 habs./Km<sup>2</sup> en 1994. La provincia cuenta con grandes extensiones sin habitar y conglomerados densamente poblados como el Alto Valle, Bariloche, y el Valle Inferior. La población tiene una estructura demográfica juvenil donde el gru-

po de menores de 15 años representa el 36,4%.

La principal fuente de ocupación de la provincia es la producción frutal, aunque deben considerarse la actividad turística en Bariloche, la pesca en San Antonio oeste, la ganadería en Valle Medio y la producción lanera en el área sur. Todas éstas, con excepción del turismo, actividades económicas fuertemente influenciadas por las políticas de ajuste del gobierno central y las oscilaciones del comercio internacional, lo que ha generado, durante los últimos años, un importante proceso de contracción económica, con las subsiguientes consecuencias en el ámbito de la migración poblacional.

### *El programa de Salud Mental*

#### El Sistema de Salud Público

De acuerdo a lo sancionado por la Ley 2.570 («Reformulación Administrativa del Subsector Público de la Salud») de la legislatura de la Provincia de Río Negro del 29 de diciembre de 1992, la organización del subsector público del Sistema de Salud dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales se haya conformado por un Nivel Central: el Consejo Provincial de Salud Pública; un nivel zonal: 6 zonas sanitarias; y un nivel local: 28 hospitales de áreas. Programa del que dependen 178 Centros de Salud.

El subsector público cuenta con 1.354 camas, lo que representa el 65% del total de cupos para internación de la Provincia. El 35% restante es del subsector privado. Con

respecto a salud mental, prácticamente la totalidad de las internaciones son cubiertas por el sector público, dado que en el privado sólo existe un hospital con capacidad para 8 personas y una pequeña clínica.

El recurso humano del sector público está representado por un total de 4.250 trabajadores de los cuales 990 son profesionales, 1.103 enfermeras y 253 agentes sanitarios, entre otros.

### El Sistema de Atención en Salud Mental

En la modalidad rionegrina cada usuario es integrado al sistema bajo el diagnóstico de «sufrimiento mental». A este concepto, amplio en su definición, se asigna gran valor en tanto desmedicaliza un fenómeno predominantemente social y resulta una estrategia probadamente eficiente en las relaciones intersectoriales y con la comunidad, y que moviliza e identifica un grupo humano altamente comprometido.

La estructura del subsector público en Salud Mental, regulado por la Ley 2.440 de septiembre de 1991 y el Reglamento N.º 794 de mayo 1992, está conformada por equipos multidisciplinarios insertos en hospitales generales. En la actualidad existen 20 de éstos, distribuidos en las seis Zonas Sanitarias, en la totalidad de los 28 hospitales de la provincia, facilitando el acceso de los usuarios a la atención en salud mental.

Los trabajadores que constituyen el total del recurso humano específico representan cerca del 3% del total de los trabajadores de salud e incluyen 57 profesionales, psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos, 3 trabajadores sociales, 38 operadores de salud mental, 15 enfermeros y 13 coordinadores de grupos de alcoholismo, estos últimos usuarios alcohólicos en recuperación, además de 16 residentes. Es interesante ob-

servar la evolución de la cantidad y composición del recurso humano, comparando estas cifras con las del año 1985, cuando los trabajadores de salud mental eran 65; 32 de ellos 5 profesionales, de los cuales 54 cumplían funciones en el Hospital Psiquiátrico.

El enfoque propuesto por la Ley 2.440 menciona equipos terapéuticos. Y es este trabajo en equipo lo que posibilita la cobertura, durante las 24 horas del día, de las demandas del usuario y su grupo familiar, de otras instituciones y de la comunidad en general; característica central para la contención sin manicomios, y que permite el intercambio y la construcción de un saber colectivo.

El sistema de atención tiene como tarea básica la atención en crisis y reinserción social de los usuarios. Cuando es necesario se efectúan internaciones en todos los hospitales generales de la provincial en su mayoría en salas comunes con la clínica médica. También se implementa la internación domiciliaria como opción prioritaria, cuando se dan las condiciones para realizarla.

### Actividades

A continuación se describen las distintas actividades que constituyen el quehacer de salud mental de la Provincia de Río Negro.

#### a) Atención en Crisis y Reinserción Social

La Ley 2.440, de 1991, prohíbe la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente (público o privado), y explicita como fin último, la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental. Ella viene a sancionar la prioridad de la política de salud mental de la Provincia, cual es la atención

## DEBATES E INFORMES

en crisis y su reinserción social. Así, diariamente los equipos de salud mental realizan esta atención en pacientes con marcada marginalidad social, efectuando el seguimiento en visitas domiciliarias y reuniones grupales en el hospital o espacios comunitarios, donde se incluyen referentes familiares, institucionales y de la propia comunidad.

Ambas instancias, atención en crisis y reinserción social, se efectúan en el marco de las estrategias de salud mental comunitaria donde se incluyen vecinos, familiares, policías, miembros del municipio y sectores de justicia, religiosos, entre otros. En rigor, se puede plantear que la reinserción social comienza ya desde el momento de la atención de la crisis, dado que la forma en que ésta se resuelva determinará la futura inserción social del usuario.

Como parte de las estrategias terapéuticas y con el fin de sostener la reinserción social de los usuarios, se implementaron en la provincia *Estructuras Intermedias* llamadas Hogares de Tránsito, Hostales o Casas de Medio Camino, ubicadas en las localidades de El Bolsón, General Roca, Viedma, Cinco Saltos y Sierra Grande. El objetivo central de estas estructuras es facilitar la reinserción social de las personas que atravesaron por una crisis.

Se trata de un espacio transitorio donde se procura reforzar los recursos de salud de la persona, apoyándola en la organización de sus tareas cotidianas y procurando una rápida reinserción y/o incorporación laboral.

Algunas de estas estructuras ofrecen alojamiento transitorio a usuarios desprovistos de vivienda, hasta tanto se organice una red para dar cobertura a sus necesidades habitacionales.

En relación a la reinserción laboral, se

promueve la inclusión de los usuarios en *Emprendimientos Productivos* a través de convenios con otras instituciones o de la organización de emprendimientos laborales (empresas sociales, emprendimientos cooperativos, etc.) gestionados por usuarios, familiares, trabajadores de salud mental u otras instancias comunitarias. De esta forma han nacido Empresas Sociales de Servicio de Mantenimiento de Edificios y Buffet Hospitalario en El Bolsón, Empresa de Limpieza de Vías Férreas en General Roca (por convenio con la Municipalidad), Empresas Sociales de Florihorticultura y de Elaboración de Pastas en Viedma, Empresa Social de Hotelería en Cinco Saltos (en una estructura cedida por el Ministerio de Asuntos Sociales), entre otras.

#### Actividades en Hospital General

Además de las tareas ya mencionadas para la atención de la crisis y la reinserción social, funciona una guardia de salud mental en forma permanente, se realizan interconsultas para pacientes de otros sectores, se atiende la problemática de la niñez y adolescencia, se apoya a grupos de psicoprofilaxis prequirúrgica y de parto y de adolescentes embarazadas, además se coopera con los equipos de nutrición y de SIDA.

Es muy importante la labor de tratamiento y recuperación del enfermo alcohólico que se realiza, principalmente, a través de grupos de auto ayuda, coordinados por un alcohólico en recuperación capacitado para la labor, con un sueldo y reconocido como un miembro más de los equipos de salud mental. También se apoya a los equipos que trabajan en violencia intrafamiliar y se coordinan acciones para la educación sexual. Las prestaciones ambulatorias realizadas en los consultorios externos de la

provincia llegaron, en 1995, a aproximadamente 40.000.

### Capacitación

Para el personal de salud mental de los hospitales generales de la provincia se han realizado capacitaciones progresivas, que incluyeron un primer nivel titulado «Actualizaciones y Perfeccionamiento de la Prácticas de Desmanicomialización», y una continuidad con el tema «Políticas y Planificación en Salud Mental».

Hacia el exterior, existe un Programa de Pasantías que incluye la firma de convenios con universidades, hospitales y otras instituciones del país y del extranjero, para la capacitación en el Programa de Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Río Negro. Paralelamente, desde 1993 está funcionando el Sistema de Residencia de Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Río Negro en convenio con el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, quien otorga seis becas anuales para capacitación en la provincia.

Como parte del proceso de inserción de los equipos de salud mental en el hospital general, se han efectuado actividades de apoyo al personal de la guardia y a médicos, enfermeras, mucamas y choferes de los diversos sectores del hospital a través de cursillos sobre enfrentamiento de pacientes en crisis y rehabilitación. También se ha capacitado a los agentes sanitarios para la detección y seguimiento de pacientes en las visitas domiciliarias y para la tarea cotidiana de los centros de salud, tarea que debe actualizarse periódicamente.

Se trabaja en la formación de recursos no convencionales a partir de la realización de cursos abiertos a la comunidad, de operadores y Promotores de Salud Mental Co-

munitaria, gestionados por los Servicios de Salud Mental de los hospitales generales de cada localidad.

Finalmente, las tareas de difusión, capacitación y asesoramiento se desarrollan a través de la asistencia a cursos, congresos, talleres y jornadas en la provincia, el país y el exterior.

### Programa de Patrullas

En aquellos hospitales donde no existen equipos de salud mental se realizan tareas de apoyo a través del «Programa de Patrullas». Este consiste en que un equipo zonal, que cuenta con recursos específicos, realiza viajes periódicos en los que capacita a los referentes locales para la contención de la crisis y la reinserción social. Posteriormente, se supervisan los diferentes componentes de la estrategia terapéutica elaborada y se convoca a asambleas comunitarias, cuando fuere necesario, para la discusión e implantación de alguna estrategia terapéutica que el caso requiera, y para identificar los recursos disponibles y necesarios para la atención y rehabilitación, posibles de desarrollar por lo diversos miembros de la comunidad involucrada.

### Metodología

El desarrollo de las actividades de salud mental en la Provincia de Río Negro emergió como un modelo de atención frecuentemente citado, no obstante requiere de miradas que permitan evaluar sus resultados. En esa línea, el presente trabajo se orienta a una descripción cuantitativa de actividades de atención a partir de los registros que, paulatinamente, se han ido generando.

Estas plantillas de registro fueron con-

## DEBATES E INFORMES

feccionadas por un equipo de trabajo del Departamento de Salud Mental, revisadas con personal de la Dirección de Estadística del Consejo Provincial de Salud Pública y, posteriormente, sometidas al análisis y redefinición operacional de los equipos de salud mental. La pauta, efectuada diariamente, identifica el o los beneficiarios con sus datos sociodemográficos más relevantes, el tipo de acción o intervención planteada, su duración y el diagnóstico o motivo de consulta.

Los datos analizados corresponden a un registro computacional de 1.095 registros de consultas de salud mental, ingresadas a una base de datos generada en EPI-INFO. Incluye información de los años 1993 a 1995 correspondiente a 854 personas, con un promedio de atención de 1,28 consultas durante el período.

El procesamiento de la información, usando el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS-PC, se realizó considerando cuatro grupos no excluyentes de registros, clasificados de acuerdo a la fecha en que se realizó la consulta. Así, se muestra comparativamente los resultados de los 1.095 registros, un período que cubre desde el 1 de julio de 1993 al 30 de junio de 1994, un tercer grupo con consultas realizadas durante el 1 de julio de 1994 al 30 de junio de 1995 y, finalmente, un análisis de estos dos últimos años en conjunto. Esta última clasificación no incluye las 1.095 consultas, dado que no todas ellas tienen el dato de fecha de consulta, de modo que estando éstas comprendidas dentro del período, no es posible ubicarlas temporalmente con la precisión requerida.

### Resultados

De la información procesada, para todos los períodos la población atendida se distribuye en porcentajes similares en ambos sexos (Cuadro 1), conformando un grupo del que socialmente se espera realicen una actividad económicamente productiva, dado su edad cronológica (más del 60% en el rango de 15 a 49 años) (Cuadro 2). Consistente con ello, más del 55% de los casos son consultas de personas no integradas a algún sistema de atención en salud (Cuadro 3).

Los diagnósticos más frecuentes corresponden a aquellos trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicotrópicas, las prevalencias en el grupo de personas atendidas, para los distintos períodos, oscilan entre 34% y 39%, con fuerte presencia del alcohol (Cuadro 4). Le siguen en frecuencia los cuadros del grupo de las esquizofrenias, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes y, con una presencia similar, los trastornos neuróticos y somatomorfos. La categoría «otros» está presente en el 10% de las consultas, pero incluye «diagnósticos» diversos, no posibles de ubicar en una categoría específica de la CIE-10, como accidentes de tránsito, AVE, apoyo psicoterapéutico, HTA, crisis de excitación, decaimiento general, deshidratación, desnutrición, intentos suicidas y otros.

Territorialmente, más del 50% de las atenciones se realizan en las zonas I Este y II (Cuadro 5). El Hospital General Allen, que fuera hasta 1988 el hospital psiquiátrico provincial, registra un total de 44 atenciones presentando, a julio de 1995, una disminución a 17 consultas a pacientes de larga estadía, lo que representa un 3% del total de atenciones del período. Merma relevante si se considera que diez años antes,

en 1985, se registraron 195 internaciones en la provincia, el 80% de ellas en el Hospital Psiquiátrico de Allen, con un promedio de internación de 180 días.

El tipo de modelo implementado genera que en un porcentaje que oscila entre 65% y 69% para los distintos períodos, la estadía no sea de más allá de una semana (Cuadro 6), con una mediana de 4 días para el total de las consultas, la que sólo se observa aumentada para el período 1993-94, con una alta dispersión reflejada en una desviación standard de 64 días (Cuadro 7). El tipo de alta es frecuentemente médica (Cuadro 8).

### *Análisis y conclusiones*

La labor de reestructuración de la atención psiquiátrica, llamada desmanicomialización, lleva en Río Negro más de 11 años de un encomiable esfuerzo que ha encontrado no pocas dificultades en su camino.

Los equipos rionegrinos de salud mental sostienen, justificadamente, que dos son los hitos más destacados de este proceso; por un lado, el cierre del único hospital psiquiátrico de la provincia, ocurrido en 1988, y la creación simultánea de Equipos de Salud Mental Comunitaria en hospitales generales y, por otro, la sanción de la Ley 2.440 llamada «Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental», en septiembre de 1991.

La inserción de los equipos de salud mental en los hospitales y el enfoque de los mismos, han permitido ir superando las dificultades planteadas en la tarea de desmanicomialización, posibilitando el acercamiento de los agentes de salud a una comunidad que, más allá de las resistencias «naturales» ante una nueva forma de abordaje de la problemática del sufrimiento

mental, impresiona como sensible e involucrándose progresivamente en la tarea común de mejorar la calidad de vida.

Los lineamientos o principios básicos frecuentemente explicitados reflejan el espíritu y la praxis de este proyecto: rescatar los recursos de salud presentes en todas las personas, trabajar con la crisis emocional en el lugar donde se produce, reivindicar los derechos y necesidades cotidianas de las personas como parte de su salud mental y trabajar sobre los mismos, y sustituir el concepto de enfermedad mental por «sufrimiento mental» o «crisis», entendiendo que todos podemos padecerlo.

La atención de las crisis y su posterior reinserción social es la prioridad en el proyecto de salud mental de la provincia, el que refrendado por los resultados presentados aporta fuerza y empuje a la máxima que los miembros de estos equipos sostienen: «Mística, Militancia y Utopía».

Un análisis de éstos permite establecer un perfil de los beneficiarios del programa: se trata de una población en que la distribución según sexo es similar, hecho no consistente con los hallazgos frecuentemente reportados en población consultante a servicios de salud, donde es significativa la mayor proporción de mujeres que demanda servicios. La atención se entrega en aproximadamente un 20% a población infantil (menores de 15 años) y, de entre la población adulta que la recibe, hay una marcada presencia de población en edad de trabajar que, no obstante, está en un mínimo porcentaje integrado a algún sistema de beneficio social, por lo que es posible concluir que, o no mantiene un trabajo estable y forma parte de la economía informal, o bien permanece cesante.

En relación a entidades diagnósticas, la importante proporción de abuso y depen-

## DEBATES E INFORMES

dencia de sustancias psicoactivas, evidencia la relevancia de un problema de salud pública que implica, además, una variedad de costos económicos y sociales, pero, por otra parte, enfatiza la coherencia de un Programa Provincial que incluye entre su recurso humano una significativa presencia de agentes comunitarios que trabajan en el tema alcohol y drogas. Se configura así una estrategia de atención que evidencia sus fortalezas en un alto porcentaje de resolución por alta médica, con un número de días de estado que casi en el 60% de los casos, no va más allá de un semana, presentando una media de 4 días, y un porcentaje de re-ingreso que alcanza sólo al 17,9% del total de consultantes.

No obstante lo anterior, parece necesario reforzar algunos aspectos.

La validación y promoción de un modelo que subjetivamente impresiona bien, requiere de mediciones objetivas que se orienten a identificar indicadores, evaluar impacto y, a mediano plazo, calidad de la atención entregada. De la información dis-

ponible resulta relevante conocer el impacto de los grupos de autoayuda, del subprograma de alcoholismo, y del nivel de satisfacción de los usuarios y de la comunidad general con los servicios de salud mental de la provincia.

El concepto de «sufrimiento mental», sancionado por la Ley N.º 2.440, si bien resulta muy motivador para los trabajadores y usuarios, requiere de una lectura paralela expresada en nomenclatura nosológica internacionalmente aceptada, que permita el adecuado registro de las acciones, su evaluación y posterior comparación. La alternativa más obvia es el uso de la versión acortada del Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). No obstante, este intento ha requerido de un proceso de capacitación y adecuación administrativa e institucional no siempre comprendido en toda su dimensión, a la vez que pone en la discusión la contradicción de un modelo de hacer salud mental que requiere validarse en un sistema de salud cuyo funcionamiento es estructuralmente distinto.

Cuadro 1  
*Distribución de los registros por Sexo*

	Masculino	Femenino	Sin dato
Todos	48,5%	47,9%	3,5%
1993-1994	46,3%	49,3%	4,4%
1994-1995	48,8%	47,1%	4,1%
1993-1995	47,9%	47,9%	4,2%

Cuadro 2  
*Distribución de los registros por Edad*

	0-14 años	15-29 años	30-49 años	50-65 años	65 y más
Todos	17,1%	29,8%	36,0%	14,3%	2,8%
1993-1994	19,3%	30,6%	37,1%	10,1%	3,0%
1994-1995	20,2%	27,6%	33,3%	16,1%	2,8%
1993-1995	19,8%	28,7%	34,7%	13,9%	2,9%

Cuadro 3  
Distribución de los registros por sistema de atención en salud

	C/Obra Social	S/Obra Social	Ignorado	NS/NR
Todos	10,3%	58,9%	16,2%	14,9%
1993-1994	9,8%	59,1%	12,5%	18,7%
1994-1995	10,3%	55,0%	18,8%	15,9%
1993-1995	10,1%	56,5%	16,4%	17,0%

Cuadro 4  
Distribución de Diagnósticos según criterio CIE-10 (en porcentaje)

	Todos los registros	1993-94	1994-95	1993-95
Trastornos Mentales Orgánicos	1,5	0,3	1,6	1,1
Trastornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	35,6	38,6	34,2	35,8
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes	19,5	19,0	20,9	20,2
Trastornos del humor (afectivos)	6,6	8,0	6,9	7,3
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	14,9	12,8	15,8	14,6
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	0,2	–	0,2	0,1
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	1,6	0,3	2,3	1,6
Retraso mental	1,5	2,1	1,1	1,4
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	0,2	–	0,4	0,2
Epilepsia	1,9	1,8	1,4	1,6
Otros	10,7	12,2	9,9	10,8
Social	2,6	2,4	2,3	2,3
Familiar	2,3	0,6	2,3	1,7
S/Diagnóstico	1,1	2,1	0,9	1,3
	100,0	100,0	100,0	100,0

## DEBATES E INFORMES

Cuadro 5  
Distribución de los registros según Zona Sanitaria

	Prov. Río Negro	I Este	I Oeste	II	III	IV	V
Todos los registros	1.095	33,1%	13,8%	22,6%	15,7%	16,6%	0,2%
1993-1994	337	28,8%	17,5%	22,3%	13,9%	17,5%	-
1994-1995	565	34,2%	9,0%	21,1%	18,1%	17,5%	0,2%

Cuadro 6  
Distribución de registros según Número de Días de Estada

	Todos	1993-1994	1994-1995	1993-1995
Sin datos	5,6%	6,2%	5,3%	5,7%
1-7 días	66,8%	65,3%	69,2%	67,7%
8-15 días	15,8%	15,1%	14,7%	14,9%
16-30 días	7,2%	5,9%	8,3%	7,4%
31-90 días	2,7%	3,6%	2,1%	2,7%
+ de 90 días	1,8%	3,6%	0,3%	1,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro 7  
Medidas de Tendencia Central de Días de Estada

	Promedio (días)	Desviación Stand	Mediana
Todos los Registros	12.368	39.869	4,0
1993-1994	20.073	64.593	5,0
1994-1995	8.071	18.761	4,0
1993-1995	12.528	42.438	4,0

Cuadro 8  
Distribución de Registros según Tipo de Alta

Tipo Alta	Todos	1993-1994	1994-1995	1993-1995
Médica	58,5%	56,1%	54,2%	54,9%
M. Trang.	5,6%	5,4%	4,6%	4,9%
Tras. a otro est.	1,8%	1,2%	1,8%	1,6%
Fuga	1,2%	0,3%	0,7%	0,6%
Otros	8,0%	8,9%	8,7%	8,8%
Sin dato	24,8%	28,2%	30,1%	29,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## BIBLIOGRAFÍA

(1) COHEN, H., *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar, 1995.

(2) GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO, REPÚBLICA ARGENTINA, *La Desmanicomialización en Río Negro. Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen*

*sufrimiento mental*, República Argentina, Consejo de Salud Pública, 1991.

(3) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *CIE-10 Trastornos Mentales del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, OMS, 1992.

(4) SCHIAPPA, J., *Trabajos en Salud Mental Modalidad Rionegrina*, Valle Nuevo, Fundación Fondo Editorial, 1992.

*Agradecimientos:* Sres. Jefes de Servicios, Lic. Sandra Arpajou, Lic. Daniel Bikaustos, Dra. Amalia Braido, Lic. Marina Costa, Lic. Daniel Gómez, Lic. Susana González, Lic. Alicia Hermindo, Dra. Diana Jerez, Dr. Alberto Lucio, Lic. Claudio Popovsky, Dr. Hugo Reales, Lic. Liliana Roco, Dr. Hugo Rosen, Lic. Beatriz Salina, Lic. José Schiappa Pietra.

- \* Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Mabel Viedma, trabajan en el Consejo Provincial de Salud Pública, Provincia de Río Negro, Viedma-Argentina. Hugo Cohen, Graciela Natella, Juan Carlos Santayo y Vanda Lanowski, trabajan en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

*Correspondencia:* Dr. Hugo Cohen, Laprida, 240, 8500 Viedma-Argentina.

\*\* Fecha de recepción: 3-II-1997.