

EXPOSICION DE EXPERIENCIAS EN SALUD MENTAL DE:

SAN MARTIN DE LOS ANDES: Dr. Willie Arrue

RIO NEGRO: Dr. Hugo Cohen

CIUDAD-FEDERAL (Entre Ríos): Dr. Raúl Caminos.

Años 1967-1977

(Previamente se proyectó un cortometraje realizado por los profesionales del Hospital de San Martín de los Andes sobre la problemática del alcoholismo).

Dr. Camino. — La experiencia que les voy a relatar se efectuó en una pequeña localidad de la provincia de Entre Ríos, llamada Ciudad Federal. La experiencia es como la antípoda de la problemática de la A. P. S. Se efectuó con pacientes psicóticos crónicos con aproximadamente 10 años de evolución de enfermedad promedio, traídos del Borda o Moyano y algunos de hospitales psiquiátricos de la región. Se cumplió con la asistencia de todos los pacientes internados del litoral.

Esto, que actualmente se llaman colonias para la internación de crónicos comenzó de cero, desde el lugar físico hasta la formación del personal y el sistema. Ahí había existido un cuartel que estaba abandonado, hasta que el ejército lo dona a Salud Pública con el fin de efectuar algún tipo de tarea sanitaria. Voy a parar allí por razones económicas y por un proyecto que había tenido siendo residente de psiquiatría en el Borda que es el siguiente: "Sostengo que ciertas psicosis aún muy crónicas, de las llamadas funcionales, tienen recuperación, no curación, pero sí recuperación". Quería verificar esta hipótesis, la única manera de hacerlo era dirigiendo un servicio o en este caso concreto un hospital. La población era mixta, sin ningún tipo de separación física entre hombre y mujeres, salvo donde dormían. No había alambrados ni paredones para impedir que hombres y mujeres

se junten, porque cuando se quieren juntar lo van a hacer haya o no alambres o paredones.

En realidad un colega me dijo: "Vea Camino, váyase para allá, tenga a los enfermos más o menos bien alimentados, cómprese unos campitos tome unas vacas, unos corderos, llévese unos pacientes y cuiden el lugar; y viva bien". Lo que me interesaba era poder ejecutar un proyecto que desde el punto de vista técnico, en salud mental o en psiquiatría se llama comunidad terapéutica, que es hacer que la institución hospitalaria o cualquier institución se convierta en terapéutica, que produzca acciones beneficiosas o terapéuticas para los que están dentro; y no me refiero solo a los pacientes, sino que estas acciones tienen que ser también para el personal, el staff, el director, los visitantes y la familia; es un concepto global, totalizador. La hipótesis de trabajo era la siguiente: Los pacientes mentales crónicos, los viejos locos, están en parte locos por su enfermedad y en parte locos por lo que la institución produce; a esto lo llamamos "hospitalismo", "institucionalismo", etc. Hay otra parte que es en sí misma la estructura de la persona, el aparato psíquico alterado, que a pesar de lo que actualmente se sostiene (que estas estructuras son muy fijas, si bien medianamente flexibles) a mi criterio desde la clínica y desde la práctica de todos los días, las estructuras medianamente se modifican a través de las terapias ya sean individuales, grupales o sociales, como es el sistema que se creó en la Provincia de Entre Ríos.

La experiencia fue totalmente criolla, no hubo mayores influencias técnicas de afuera; ni iban porque Federal queda a trasmano, y porque era el único médico psiquiatra para la asistencia de los 400 pacientes y 260 empleados. Todo lo que hice allá lo hice por necesidad práctica, el hacer tenía una idea, no voy a entrar en la epistemología de la ideología científica, el campo operativo, el campo táctico, porque me parece complicar las cosas. A mí me prometieron un staff de 20 residentes, 8 psiquiatras, 3 clínicos, 2 asistentes sociales, etc. Cuando fui a preguntar qué pasó con el personal, lo habían pasado a otros hospitales por razones políticas y de conveniencia del funcionario del momento, así que dije: "Camino, te quedaste solo, vamos a ver qué hacemos". Lo que tuve que hacer es ver la situación en la cual

estaba, un médico psiquiatra solo y aproximadamente 160 personas que no tenían la menor idea de lo que era un hospital psiquiátrico, lo que era un enfermo, lo que era un loco, nada. Felizmente ocurrió esto, porque esta institución logró un 82 % de altas, no fue porque yo pusiera la mano y curara, fue porque esta institución funcionó como una totalidad terapéutica, que permitió la recuperación de la salud del 82 % de los pacientes. El resto quedó. Es la mejor demostración de que el sistema, como sistema en sí, es terapéutico. Si existen otras técnicas (en buena hora que así fuera) el potencial terapéutico aumenta mucho más. Lamentablemente no tenía ningún otro recurso más que la organización de la colonia como instrumento terapéutico, no podía efectuar terapia grupal, ni terapia individual, apenas si ponía algo en la historia clínica. No había posibilidad de hacer terapia familiar, porque era el único médico y supuestamente el único que sabía. En realidad no sabía nada de cómo funcionaban estas instituciones porque no había hecho nunca una comunidad terapéutica, yo también empezaba de cero.

La comunidad terapéutica es sencillita y barata. Se preguntarán por qué no habrán prosperado en nuestro país. Yo tengo una teoría: porque es sencillo y barato, porque atenta contra el orden médico, en una comunidad terapéutica decrece, disminuye o se mezcla con otros poderes; sale del orden médico y eso tardé mucho en entenderlo. Uno cuando está haciendo un cambio no tiene mucha idea de lo que está pasando, sabe ciertos objetivos parciales para ir logrando, y después se va dando cuenta; no tuve a nadie que me apoye con una experiencia similar, lo que quedaba atrás lo repensaba y de esa forma iba modificando.

La comunidad terapéutica es una técnica social, la incluiría dentro del marco de la socioterapia, vale tanto la comunidad terapéutica como técnica y sistema terapéutico para hospitales de crónicos (como el que a mí me tocó dirigir), como para hospitales de agudos. También vale este sistema para organizaciones cerradas tales como ejércitos, hospitales generales, sala de clínica médica, sala de cirugía, etc. (menciono más la parte médica, porque ahí es donde el poder médico más se juega). El modelo que tomé no fue el modelo de la antipsiquiatría, que también es un modelo que va en contra del hospital psiquiátrico tradicional,

custodial y enfermante. El modelo tomado fue el de un inglés que se llamaba Max Ulungs que hizo las primeras comunidades terapéuticas en Escocia, luego andubo por los EE.UU., y luego vino acá con todo lo que había hecho. Nosotros ya estábamos trabajando en esta línea y me ilustró bastante. No conocí en aquellos momentos las experiencias de los franceses porque no había llegado literatura en español, así que tomé el modelo inglés y aún creo que es valioso cuando se instrumenta bien. Lo primero que hay que tomar en cuenta al implementarlo es la totalidad, que todo, aún los elementos físicos forman parte de este sistema, que como todo sistema, todas las partes tienen que ver entre sí, de manera tal que lo que ocurre en un lado influye en otro. Esto es de mayor importancia sobre todo en lo que se refiere a conflicto, donde hay personas hay conflicto, entre dos, entre grupos, entre bandas, entre sectores, entre profesiones, la institución con el pueblo, el pueblo y las instituciones con los otros pueblos, con la provincia, con la nación, con la intendencia, etc. Si uno tiene claro que el conflicto que se produce en la cocina va a influir en el lavadero, por vía directa o más posible por vía indirecta, uno va a tratar de saber resolver rápidamente el conflicto con los participantes del momento o con otros que tengan que ver. Como comunidad es un sistema donde cada parte funciona interactuando con la otra (esto incluye a las personas) se intenta, al menos en el modelo que yo usé, hacer un tipo de sociedad donde las separaciones sean mínimas, las diferencias sean mínimas. No es que se ignoren sino que se hacen mínimas. Esa famosa separación de loco y sano existe pero en una mínima expresión, en la expresión necesaria de reconocer quién es el que está enfermo y quién es el que está sano, pero no más allá. Cuando vine a Buenos Aires, el director me comentaba: "Cuando los pacientes piden cigarrillos hay que decirles, ustedes allá y nosotros acá", y luego nos adoctrinó: "Ellos allá porque son locos, nosotros acá porque somos sanos". Allá no era así, las diferencias se respetaban pero eran mínimas, que es lo que llamamos "horizontalización". Los niveles jerárquicos casi ni existen, salvo en ciertas cuestiones operacionales. Como director no podía dejar de firmar los cheques para que cobren, o los presupuestos, o las notas para Salud Pública eso era inherente, salvo eso, en el resto

yo era igual a los otros. En una comunidad terapéutica cabe aquello de la revolución francesa: igualdad, libertad y fraternidad. Esta horizontalización tan linda para describir, es terrible para los médicos, que estamos educados con un modelo de patrón, de liderazgo absoluto y vertical; en la horizontalización precisamente lo que se pretende es eliminar este tipo de liderazgo, que a nosotros, médicos, nos cuesta mucho.

El proceso de comunitarismo en esta colonia fue tomado primeramente por los pacientes, después por el personal de mantenimiento, maestranza y limpieza (peones, caballerisos, chancheros, cocineros) que entendieron rápidamente que los pacientes eran personas, que había que tratarlos bien, si andaba mal lo mandaban a la enfermería. La horizontalización se hizo inversamente proporcional al caudal intelectual, profesional, titular y curricular de los integrantes de la institución. Esto lo viví personalmente, era el promotor del funcionamiento de esta rueda, pero lo que no sabía era cuánto me costaba dejar la mochila del título. Hasta que lo entendí: estaba caminando por un playón pensando, creo que estaba deprimido, entonces viene un epiléptico bastante deteriorado físicamente, pero bastante recuperado mentalmente que me golpeó y me dijo: "Vamos, Don Camino, arriba ese ánimo". Desde allí fui entendiendo que las cosas eran distintas, que la mano médica era una, pero que había otra mano que fui descubriendo que era la social, donde el conductor o líder o jefe de esas instituciones hospitalarias o comunidad terapéutica cambia, además de médico es otra cosa, siempre que respete lo que dice, si uno dice que es horizontal se hace horizontal; esto significa además que la carrera de mando se hace mínima.

Además de la horizontalización, existe el liderazgo múltiple que es otra cosa que nos cuesta a los médicos, donde hay que permitir que otros manden porque lo saben hacer mejor que uno; por ejemplo, si no está mirando cómo arreglan las cloacas, no puede dar indicaciones: "Ponga el caño así, o para allá", porque lo mandan al diablo, los médicos no estudiamos de cloaquistas, salvo los que hacen gastroenterología. Es muy común en nuestro medio que algunos colegas muy prestigiosos hablen de todo, sepan de todo, siempre me pregunto: ¿Estará Santo Tomás?, no se puede saber de todo; los médicos tenemos que saber, que si no

repartimos el liderazgo nos quedaremos solos, la gente dirá: "Sí doctor, sí doctor" y hará lo que quiera.

El otro elemento de esta técnica es la participación activa de todos, nadie afuera. Siempre hay alguno que zafa, que son los administrativos, que no sé si entraron en el sistema comunitario, pero todo el resto del personal, aún el cura, entraron a funcionar comunitariamente. La participación es activa en lo posible, pero hay algunos pacientes esquizofrénicos crónicos con 15 años de locos que veía quietos, tirados, y me preguntaba si a esa gente le haría algo, si todo eso le serviría para algo. Vimos cambios espectaculares en algunos pacientes, en otros no vimos nada. Los cambios espectaculares que son los que más atraen, tienen una explicación simplemente: eran las instituciones donde los pacientes habían estado las que habían provocado el grado de deterioro; en la medida en que se les permitió ser personas (sostengo y sostendré por una cuestión filosófica) estos pacientes fueron mejorando; porque la psiquiatría tradicional o no, cuando olvida que el enfermo es una persona y lo utiliza como objeto de estudios experimentales, sociales, etc., el paciente no mejora.

Dónde se ve el grado de participación de los pacientes? en algún ámbito o espacio, que es otro de los elementos de la comunidad terapéutica: "Las asambleas comunitarias". Max Ulongs las hacía todos los días, opinaba que cien personas era el ideal. Yo no podía dividir las 400 personas, así que reunía a todo el mundo y allí se discutían todas las cosas del hospital, desde la comida, las situaciones interpersonales, los noviazgos, los embarazos, los chicos, las visitas, el cura, la religión, el director, etc.; todo era discutido en estas asambleas. No tenían patrón hora, que es tomado del psicoanálisis que lo ve como bueno porque se gana un montón de dinero; pero en esos hospitales donde hay un solo médico y tanta gente, el patrón es el mes, en un mes se pueden hacer muchas cosas. Los días de la asamblea, que eran los lunes, miércoles y viernes por la tarde, se disponía todo ese tiempo para la asamblea; donde a la hora recién comenzaba lo interesante. Las asambleas eran deliberativas y resolutivas, casi nunca se votó porque no hacía falta, se creaban acuerdos mínimos o máximos que permitían una mejor convivencia entre todos, incluyéndonos a nosotros (supuestos normales). El grado de par-

ticipación era amplísimo, por ahí había doce o trece personas paradas en el centro discutiendo y planteándole cosas a los grupos, al director también, cuestionando cosas, proponiendo; uno medio se asusta al principio, dice: "Los locos que van a hacer"; los locos cuando empiezan a mejorar hacen lo mismo que uno, discuten, protestan, demandan, piden, se organizan. Lo que pretendía era que el paciente se preparara dentro del ámbito del hospital, para que cuando saliera pudiera medianamente conectarse, que no sé si se cumplió del todo, porque nos faltó un sistema externo de apoyo, que no existe en nuestro país. En las asambleas existía lo que nosotros llamamos "coterapia o factor terapéutico de paciente a paciente", cuando un loco le dice a otro: "Yo estuve como vos, yo también oí voces, vi platos voladores, pero eso eran cosas de la enfermedad, ahora se han ido", es muy distinta la resonancia para el paciente de lo que le dice un compañero que estuvo igual que él, a lo que le diga un médico u otra persona que nunca estuvo alucinada. Inicialmente las asambleas las dirigía yo, pero con el criterio de la horizontalidad y la pretensión de que se realizara un cogobierno. Esto significa que el paciente gobierne, significa la participación de todos en las cosas de todos; por ejemplo la limpieza, viejo tema hospitalario, las mucamas corriendo a los pacientes con los trapos de piso, insistí en que no se hicieran ese tipo de cosas, total si la sala estaba muy sucia iba a saltar alguno que dijera: "Basta de suciedad, limpiemos todos", así logramos la participación de muchos, la solidaridad, lo grupal y lo terapéutico, en las cosas de la institución.

Posteriormente a la asamblea, teníamos una evaluación sobre cosas prácticas que se habían visto en la misma, donde detectábamos cosas muy importantes que estaban ocurriendo o que iban a ocurrir en el hospital de acuerdo a la dinámica que había tenido la asamblea. Pero no era la única reunión, y digo reunión, porque se nos prohibía expresamente hacer asambleas. Cuando vino la onda Levington me mandaron un memorándum que decía: "Nada de asambleas, nada de cosa grupal" entonces hacía reuniones de pacientes, de personal, que en realidad funcionaban como grupos. Los grupos que existían eran: de estaff, de los jefes, de mantenimiento, de estadística, administrativo, etc.; que tenían como función discutir el presupuesto, el cual se discutía meses,

esto permitía una participación del personal, después nadie podía decir: "A mí no me dieron", porque tenía la oportunidad de participar. Otro grupo que existió siempre, fue el de enfermería. Considero al enfermero como la columna vertebral del hospital, es mucho más que el dedito meñique del médico, sostienen el hospital, porque son 24 horas que están con el paciente; nosotros, terapeutas ¿cuánto estamos? una hora con suerte, tres horas si nos gusta el caso; el que lleva el hospital todo el día es el enfermero. La reunión de enfermería era capital, se hacía una mensual con todos los turnos. Se hacía también una reunión con este personal anónimo, aparentemente terapéutico, que es el personal de mantenimiento, una vez por mes; seis horas, donde cada uno de los miembros del hospital iba contando su experiencia con los pacientes que tenía a su cargo.

Además del sistema social, se implementó un sistema técnicamente llamado de "rehabilitación" laboral. Cerca del 92 % de los pacientes trabajaban en el hospital, los que no trabajaban era porque no querían, o porque eran muy viejitos. Estos pacientes trabajaban con los empleados, que actuaban como terapeutas; estos terapeutas respondían por lo que habían hecho con los pacientes. Podría contar la anécdota del tractorista, que para mí estaba medio chiflado y que recuperó a dos hebefrénicos: el tractorista al ser tan desorganizado, tenía una buena captación de los otros desorganizados que eran los hebefrénicos, este hombre recupera (no sé cómo, todavía estoy estudiando) dos hebefrénicos. El paciente no iba a trabajar en su profesión anterior, iba a trabajar con cierta persona determinada, que tenía alguna característica personal que favorecía al paciente.

Todo esto conforma lo que es la cultura terapéutica, que no es ni rígida ni fija, ni para siempre, es cambiante y se modifica con el tiempo de acuerdo a las circunstancias que está viviendo la institución; hace falta mucha elasticidad y firmeza, hay ciertas cosas que se van sedimentando y que se van haciendo cultura real, se transmiten en la institución de los viejos a los nuevos, con las modificaciones que se van haciendo con las nuevas propuestas. Entre estos aspectos de la cultura terapéutica estuvo, por ejemplo, el hecho de que los pacientes pudieran ingresar a ser miembros del hospital en forma rentada, con legajo. Se pudo

lograr que de 24 cargos vacantes, 12 pudieran ser ocupados por ex-pacientes; ahí se planteó cómo se sentía el paciente siendo empleado, porque ya no era paciente, salía de ser paciente a ser empleado. Fue muy interesante como esa gente fue logrando un alto grado de rehabilitación. Logramos también que cuando había que proponer ascensos, lo hicéramos grupalmente todo el personal, con la presencia de los pacientes que no tenían ni voz ni voto, miraban, cada cual defendía su postura, su jefatura; logramos que el personal pudiera intervenir activamente, que no tuviera miedo de decir qué quería, qué no quería, a quién quería, etc.

Dos aspectos más de la vida: tuvimos hijos entre pacientes, las relaciones sexuales estaban controladas; se habló siempre de eso, mueve, promueve y provoca la vida; fue un tema nunca vedado. Tuvimos aproximadamente 17 hijos, con algunos padres que se dieron a conocer y otros que no. Tuvimos algunos casamientos fracasados, porque no pudimos hacer un seguimiento; el que se quería casar se proponía ante la comunidad y la comunidad opinaba; igual se hacía con los novios, se proponían y la comunidad decidía, se puede o no, conviene o no, este está bien, este está mal, este se va a aprovechar; había violadores, prostitutas, tuvimos de todo, es como una sociedad común, tuvimos un solo homosexual, porque donde hay hombres y mujeres es raro (lo digo así porque en la cultura entrerriana es muy valorado el machismo).

Otro aspecto que quiero mencionar son las muertes. En los hospitales psiquiátricos, cuando se moría alguien, por lo menos así lo vi en el Borda, lo ponían en una carretilla, lo tapaban con una lona, se lo llevaban y nadie más hablaba del fulano. Allá se hacía un velatorio, venía el cura a tirar el agua, le decía los rezos, acompañaba después a hacer un sepelio con el colectivo y el tractor. El cementerio nos donó un sector donde estaban "enterrados" nuestros pacientes. Allá había gente religiosa, que el día de los muertos iba por grupos a rezar por sus compañeros muertos.

Con respecto a la religión en sí, teníamos un capellán católico, cuyo trabajo era la confesión de la gente, la lectura de los sacramentos cuando se fueran a morir (total, yo no soy creyente, pero si voy al cielo, si es que así es, que me esperen unos cuantos allá, mal no va a venir). Lo otro era la misa, el cura decía pa-

vadas, pero la predicación para los psicóticos me parecía un aspecto de mayor importancia; entonces le dije al cura que íbamos a tener que discutir el sermón, y el cura empezó a sermonar bien (dentro de la religión). La misa no era obligatoria, iban 30 ó 40 pacientes; solo en las grandes fiestas como Santa Rosa iban todos. Como había protestantes, trajimos un pastor, un hombre admirable, iban tanto los evangelistas como los católicos; al cura y al pastor les dije: "Proselitismo acá no". No pudimos traer rabinos, porque no conseguimos. El aspecto religioso que es un aspecto común de cualquier cultura, lo tuve en cuenta.

Tengo el orgullo de decir que nuestros pacientes, junto con el personal tenían equipos de fútbol, no era paciente contra personal, sino que se elegían mutuamente salía un equipo que jugaba en los torneos de los pueblos en los cuales se ganaron varias copas; teníamos bandera, camiseta especial, banderín. Los 25 de Mayo desfilaban con nuestra propia caballería; el paciente participaba activamente de toda la vida popular, iban a las milongas de las escuelas. Hacíamos viajes periódicos (hasta que se inundó) al Paso de la Patria, a la pesca del dorado. Iban aproximadamente 30 ó 40 personas entre pacientes y personal. Se vivía en carpa y nadie sabía que eran pacientes y convivían. En las fiestas los pacientes tomaban un poquito de vino (que venía bien). Logramos hacer campamentos en las costas del Gualeguay, que es el río más importante de Entre Ríos; hicimos cinco campamentos por temporada durante 4 ó 5 años; hasta que una vez el comandante del regimiento blindado nos dijo que no, y no hubo más campamentos. La característica era que el paciente dirigía el campamento, los profesionales y el personal éramos visitantes, nos alojaban en lindas o feas carpas, organizaban desayunos, merienda, cena, tomar la medicación, las actividades, nosotros nada; era otro tipo de dinámica, pacientes habitualmente autistas en los campamentos se recuperaban.

Esto es la experiencia, la reflexión que hago es la siguiente: dimos 82 % de pacientes de alta; todavía sigo pensando qué pasa con los pacientes crónicos, los locos crónicos que salen ¿a dónde van en un país como el nuestro que hay subdesempleo?, ¿dónde son recibidos?, habitualmente vuelven al hospital, no tienen otro referente. Así como existe la prevención primaria, antes que se

enferme población en riesgo, la prevención secundaria, intervención inmediata, la prevención terciaria, que es lo que hacíamos nosotros, aislar en lo posible la secuela de la enfermedad, debería existir una figura sanitaria que sería una prevención cuaternaria, que no tiene que ver con la primaria, porque el loco cuando se recupera queda con secuelas, entonces tiene que ir a un lugar social, no hospitalario, donde sea alojado, medianamente cuidado y se le den oportunidades laborales. Todavía nosotros estamos llegando a eso; a raíz de un decreto ministerial de salud mental han aparecido nuevas figuras institucionales, entre las cuales está OSPAL, que es donde deberían ir estos pacientes crónicos.

Público. — Lo que contó el Dr. Camino es, a mi entender, una expresión concreta de A.P.S. En el contexto del modelo médico hegemónico eso hubiera requerido acciones médicas de alta complejidad a nivel farmacológico, a nivel de diagnóstico o a lo que se llama psiquiátrico institucional, como estamos acostumbrados a ver.

Dr. Camino. — Ojalá hubiera tenido algún sistema o algo que se parezca a la A.P.S., porque el problema que existía era que dábamos de alta porque mejoraban los pacientes, había un criterio de alta, pero nadie quiere emplear a un loco, nadie quiere saber nada con un loco; por eso a los que son pacientes míos, hospitalarios o no, les aconsejo que cuando van a solicitar trabajo, no digan que están en tratamiento psiquiátrico, porque son rechazados automáticamente. No existió en Entre Ríos un programa de salud mental, no sé si hay programa de A.P.S.M. en este país.

Público. — ¿De dónde son originarios los pacientes que integran la comunidad terapéutica?, ¿son de la zona o vienen del resto del país? ¿Qué participación le dan ustedes al grupo familiar o al grupo humano en el cual se movió el paciente?

Otra pregunta para Hugo Cohen, esta película es de la experiencia de San Martín de los Andes; sé que están trabajando con un criterio bastante parecido en General Roca (provincia de Río Negro). Además de los 600 Km. que los separan, ¿cuál es la diferencia que ha encontrado con la película?

Dr. Camino. — Hace nueve años que yo no estoy allá, mandaron un médico del proceso que paró todo, como había hombres y mujeres eso era muy peligroso; se sacó a todos los hombres aptos para el trabajo y la colonia quedó con pacientes muy crónicos.

Los pacientes provenían inicialmente de Capital Federal, (Borda y Moyano), pero sus lugares de origen eran las provincias. Las patologías eran las llamadas psicosis funcionales, fueron seleccionadas, porque me querían mandar todos los oligofrénicos y dementes; en aquellos años creía que el retardo mental no tenía muchas posibilidades, después en un viaje a Dinamarca pude ver cómo funcionaban y me di cuenta que sí tienen posibilidades.

Cuando los pacientes de Buenos Aires tuvieron el alta, empezamos a recibir pacientes en general del litoral, aunque también vinieron algunos del sur, de Comodoro Rivadavia. Dentro de ellos seleccionábamos a aquellos que tuvieran cultura campera, ya que la colonia era una unidad de rehabilitación rural; la gente que era muy de ciudad, o se cansaba, o la teníamos que trasladar a un hospital de ciudad.

Era muy difícil que la familia se trasladara para hacer un tratamiento familiar, el problema era la distancia; aún ahora está desconectado de las grandes rutas, es dificultoso hacer caminos en la zona. Cuando venía alguna familia la alojábamos en unas casas que pertenecían a la colonia; la familia se alojaba con el paciente, y en la medida que pudieran, se quedaban todo el tiempo que quisieran, de esta manera la familia participaba de todas las actividades de su pariente, en el trabajo, en las asambleas, en los grupos; veía. En dos casos de esquizofrénicos jóvenes, fueron retirados y traídos nuevamente, porque opinaron en la asamblea que era indignante e infamante que sus hijos les faltaran el respeto; uno de ellos murió luego de una tuberculosis.

Cuando se los estaba por dar de alta, se citaba a la familia, con el compromiso nuestro de que el paciente podía volver en cualquier momento, siempre iba a tener una cama. Los pacientes muy crónicos, de 20 años de enfermedad, que han perdido contacto con su familia, vuelven con ellos pero no se pueden adaptar y vuelven a la colonia. Había un grupo de 40 pacientes que se denominaban "los libertos", que no eran pacientes, tenían una

sala para ellos solos, eran la autogestión; de ahí salieron los empleados, porque no pudieron reinsertarse al grupo familiar. Un detalle: muchos pacientes cuando salían no reconocían el dinero, cada vez que cambiaba la moneda se mostraba en la asamblea, porque los pacientes no habían visto dinero desde que habían sido internados.

Como no tenemos en nuestro país un sistema de seguimiento social —hay otro seguimiento, pero no social— un sistema de asistencia social nacional, no podíamos saber nada de los pacientes que se les daba el alta, que venían a la Capital Federal o a sus provincias. Lo que sí hicimos fue un seguimiento de los pacientes de la provincia de Entre Ríos, mensualmente salía un vehículo con enfermeros que hacía un recorrido por los departamentos de la provincia, visitaba a los pacientes y veía cómo estaban.

En la cultura criolla cuidan mucho al paciente, lo visitan, quieren que se lo dé de alta, hay una gran protección familiar. De las culturas, las más particulares, son los gitanos, hubo que internar un jefe gitano y tuvimos que internarlo con toda la tribu; fue muy interesante, porque el hombre mejoró rápido.

Dr. Cohen. — Voy a dividir la respuesta en dos partes. Desde el punto de vista fundamental en cuanto al enfoque de la problemática, lo compartimos. Willie relató una experiencia localizada en una región de la provincia de Neuquén y yo puedo comentarles una intención nuestra, en cuanto a desarrollar o lograr una estructura provincial de la prevención y rehabilitación del alcoholismo.

Tomamos los grupos institucionales de alcoholismo, como una modalidad que ha dado buenos resultados que consiste en capacitar la coordinación de los grupos con estos pacientes que se rehabilitan. Lo interesante es que a partir de la experiencia de patrulla, hemos tenido la oportunidad de encontrar este tipo de recursos sin necesitar ir a las comunidades extrahospitalarias, porque en todos los hospitales había un enfermo, o un chofer, o una mucama que era alcoholista. También había médicos, hasta directores de hospitales, lo que pasa es que ellos no se ofrecen, mejor dicho ellos públicamente no se presentan como alcoholistas. Los que sí se presentan como tales son esta otra parte, que son los grupos de trabajadores de la salud, que en algunos casos

hemos logrado capacitarlos en las pasantías por el servicio de Gral. Roca, luego han vuelto y se han insertado en las distintas localidades. Así comenzamos con esta red, en la que ya hay siete grupos en siete localidades de la provincia; la intención es continuar con al extensión de este trabajo.

Desde el punto de vista íntimo, específico, en qué consiste esta capacitación, cuáles son los fenómenos propios de estos grupos, acá está Jorge Pellegrini, que desde el servicio de Roca las puede contar mucho mejor en qué consiste este tipo de tarea.

Dr. Pellegrini. — Hay una cantidad de puntos de contacto, con los cuales me siento muy identificado con el trabajo que conozco de Willie. El trabajo comenzó siendo hospitalario, dentro de un hospital general, lo único que teníamos en claro era que queríamos trabajar no solo en alcoholismo, sino con pacientes alcohólicos. En estos tres largos años que llevamos de trabajo, hemos participado de varias jornadas en donde se insiste mucho en el trabajo preventivo, pero siempre he preguntado lo mismo, ¿qué va a pasar con los dos millones de alcohólicos en la Argentina?; me preocupa ese tema porque plantear los aspectos preventivos, desligados de una tarea asistencial concreta, es creer que con la palabra se va a curar algo que se resuelve con la acción. Hago esta advertencia, porque en nuestro país se está dedicando una gran cantidad de recurso humano en salud, a una tarea que se enuncia como de A.P.S., pero lo que en realidad está generando es una expectativa y una demanda que luego no es cubierta; no hago un enfrentamiento entre trabajo preventivo, asistencial y de rehabilitación, ambos aspectos tienen que estar muy articulados. Si no se trabaja con pacientes —que yo digo que son pacientes, por la paciencia que nos tienen— si se entra en esa dicotomía, de hecho se está desperdiciando el principal recurso humano para la A.P.S., que son los pacientes que luchan por su rehabilitación. Si nosotros vamos a hacer A.P.S. mirándonos el ombligo, vamos a dormir más tranquilos, pero los que no van a dormir más tranquilos son los alcohólicos que padecen el problema.

Nuestro trabajo se ha sintetizado en una propuesta “los grupos institucionales de alcoholismo”. Institucionales, porque seguimos operando desde el hospital, no porque despreciamos el

trabajo en el terreno, como se dice habitualmente; observamos que se fue haciendo una especie de sinonimia entre A. P. S., como atención que consiste en ir a tocar a la gente en los barrios, y el viejo modelo médico al cual hay que desterrar, que es el trabajo hospitalario, es una sinonimia absolutamente equivocada. Si uno quiere hacer A. P. S., si quiere modificar la esencia de la atención médica, eso pasa por los barrios, por los centros periféricos, por el río y por el hospital. Si no vamos a una dicotomía de trabajo, donde se opera una modalidad en los barrios, pero cuando hay que derivar al hospital la modalidad de trabajo no ha cambiado y siguen pateando pacientes. La lucha es dentro de una institución global, a la cual llamamos Salud Pública.

Con esas ideas empezamos a trabajar la tarea terapéutica, que además tenía que ser también terapéutica para los agentes de salud, porque la modalidad de abordaje de médicos, enfermeros, mucamas, choferes y demás yerbas del hospital frente al paciente alcohólico, no es para nada terapéutica; más bien la modalidad de abordaje consiste, en encerrarlo para que siga chupando y termine en clínica médica con diagnóstico de cirrosis hepática, cuyo origen es el alcoholismo. En las historias clínicas de nuestro hospital había una figura consagrada que era el alta disciplinaria, los alcohólicos que joden van a parar a la vereda, pero como no se podía formular de esa manera, había que buscarle un eufemismo; de esto no eran culpables quienes escribían estos históricos, en todo caso se trata de una orientación médica que tenemos que pugnar por cambiar, con una experiencia diferente, no desde seminarios y simposios que también sirven, sino cambiando la práctica cotidiana, a partir de una tarea con los pacientes en el hospital, que le permita a la gente ver que hay un camino posible.

Los grupos se reúnen todos los días; en un principio lo hacíamos en el comedor del hospital, hasta que fue tan conflictivo, que fuimos a parar a un corredor, que como obstaculizábamos el paso finalmente logramos un espacio en el hospital. No lo cuento como anécdota sino como un punto de referencia muy importante, porque no va a haber espacio en la cabeza de la gente para la problemática del alcoholismo, si resignamos la pelea por el lugar en las instituciones hospitalarias para afrontar

este problema. Hasta el año 1984, la estadística del hospital registraba en las salas generales como principal diagnóstico, la anidatidosis, que en la provincia de Río Negro viene bastante bien en el ranking; después las enfermedades pulmonares, entre ellas la tuberculosis, y después otro tipo de cuadros, el alcoholismo no figuraba. A fines de 1984, cuando llevábamos un año de trabajo, se vuelve a hacer la estadística en las salas generales y los pacientes con diagnósticos de alcoholismo superaban el 50%; ¿qué quiere decir esto?, ¿que en el año 1984 emborrachamos a toda la provincia? Eso no es así; significa que la institución había sido sorda y ciega para ver y oír el problema que actuaba en las propias salas generales. Vimos que un objetivo muy sencillo, que era que el hospital afrontara un segmento de la realidad que estaba negando, se había cumplido, por lo tanto nos parecía que ese aspecto terapéutico institucional estaba cubierto.

No somos un servicio de perialcoholismo, sino que somos un servicio de salud mental. En este momento trabajamos en esta tarea, un compañero como agente sanitario y yo, que soy médico psiquiatra. Este agente sanitario es un alcohólico en recuperación, desde hace nueve años, coordinador de Alcohólicos Anónimos, institución de la cual es necesario que aprendamos mucho.

Para nosotros, el papel de los profesionales y técnicos, es garantizar en el hospital que la puerta se abra y se cierre, que haya un espacio para la reunión de los pacientes. Un paciente hace un mes y medio dijo: "Para mí este grupo tiene una cosa que es la que me hace volver, su carácter democrático". Sin ningún otro tipo de connotación extrahospitalaria, a lo que se refería él, era que nos veía como aquellos que tratábamos de descentrarnos de un lugar, en el cual socialmente somos siempre ubicados más allá de nuestra voluntad. El paciente en recuperación, apuntala su proceso en la medida en que sea capaz de multiplicar la experiencia cuando se va del hospital; no hablamos de alta, hablamos de externación hospitalaria cuando el paciente fue internado, si no lo fue nunca, no hablamos ni de internación ni de alta. Apuntalamos todo proceso que signifique que los pacientes salgan del hospital y multipliquen la experiencia como puedan, hasta donde les dé el cuero.

No es un signo de fracaso que el paciente recaiga, lo que a

nosotros si nos habla de un error o de un fracaso, es que si el paciente recae no vuelva al grupo, no vuelva al hospital, porque nos hace pensar que el ámbito no le es confiable. Hemos armado una red de trabajo con Alcohólicos Anónimos. Estamos en total desacuerdo con tantas polémicas que hemos escuchado, o grupo terapéutico o Alcohólicos Anónimos o medicina; medicina hay una sola, que es la que cura, y si esa la practica Alcohólicos Anónimos macanudo, si la practicamos nosotros o los dos, macanudo. El asunto es que frente a dos millones de alcohólicos, o sumamos los esfuerzos, o seguimos discutiendo cosas mientras los alcohólicos se maman.

El grupo institucional de alcoholismo es —no sé si un modelo de trabajo, no me animo a decir tanto— una experiencia replicable y multiplicable en la provincia de Río Negro. No sé cómo podrá ser en otros lugares, tampoco creo que Río Negro sea un país aparte, pero nuestra población registra la presencia de afluentes criollos, gringos e indígenas (de origen mapuche). Para saber quiénes son nuestros pacientes tenemos que saber qué sistema de creencias y convicciones tienen. Nos parece que los errores principales provienen de adjudicarle a los pacientes que piensan como nosotros, y en realidad ni sienten, ni piensan, ni actúan como nosotros. Podemos darle desde el punto de vista de la cultura oficial, un valor, un sentido y un contenido al alcohol que nuestra gente paisana no comparte, y mucho menos nuestra gente indígena. De la forma en que la gente piensa, del sistema de creencias y convicciones que nuestra gente tiene, depende hasta la modalidad de enfermarse. Es necesario conocer que lo médico, cada vez tiene barreras más extensas o límites cada vez más extensos; "el que sólo sabe medicina, ni medicina sabe", decía Avelino Gutiérrez maestro argentino de la medicina. Si uno va a trabajar en alcoholismo, o va a trabajar en salud en general, es necesario estudiar y aprender muy a fondo de qué cultura somos portadores, de qué ideas y sistema de creencias y convicciones son portadores esos pacientes, que atendemos en el hospital. Para aprender eso, la mejor biblioteca que uno puede consultar, es esa biblioteca ambulante que pasea por los pasillos del hospital y que en general no consultamos.

Público. — José Carlos Escudero habla de que hacer A. P. S.

en salud mental es una tarea difícil, porque entiende que es entrar a trabajar con la comunidad, darle pautas de organización y trabajar conjuntamente en el desarrollo de sus propuestas. Eso implica una evolución de esa comunidad, que haga, que empiecen a pedir más cosas, que superan la salud mental y la física, para entrar en un concepto amplio de lo que es la salud.

Somos muchos los que estamos queriendo acercarnos a la A. P., el miedo fundamental desde grupo organizador es cuáles son los obstáculos, cuáles son las cosas que hay que vencer para poder hacer A. P. Hemos usado reiteradamente un concepto que es la participación popular, lo hemos resaltado y ha quedado claro el respeto que hay que tenerle a esa comunidad, pero hay un principio que no ha salido: cuáles son los factores de poder que se oponen a esto que resulta tan claro, que resulta tan sencillo y que es tan fácil aparentemente de hacer. Le pediré al Dr. Camino, que anecdotíicamente cuente cuál fue su final en Federal, que creo que va a reflejar bien lo que estoy preguntando.

Dr. Camino. — Mi final fue así —podría haber sido más trágico—: habiendo venido el proceso, me mandaron una cantidad de directivas que nos ordenaban una cantidad de cosas. Con el argumento de la seguridad del Estado y de la eficacia institucional o administrativa daban una lista del personal que había que eliminar de los hospitales. Los militares querían que sacáramos la gente, para después poder sacarnos a nosotros. Así fue. Una de mis primeras resistencias fue informar que no había ningún motivo para dejar prescindible la figura jurídica-administrativa del personal, mandando telegramas al estilo de los militares: “cumplimentado el mensaje tal”. Esto no fue bien visto en la superioridad, pero no me lo dijeron nunca directamente. Andaba un Falcon buscándome, y en aquellos años los Falcon no eran buena palabra, entonces me fui al campo por una o dos semanas, iba a caballo al hospital, pero nunca falté. Hubo una muerte en el pueblo, cuando la gente moría, moría de cuchillo, allá son así, pero este fue de balazo. Empezó a verse que algo extraño estaba ocurriendo.

Pedí pase y me mandaron al Moyano. En el ínterin me querían mandar al Hospital Posadas (creo que todo el mundo sabe lo que pasó allí). Por esas cosas que uno aprendió en la vida, fui

a quien en ese momento iba a ser mi director y le dije: "El ejército me quiere mandar al Posadas". El se enojó y me dijo: "A mí no me sacan a nadie". Me retuvo y me quedé en el Moyano. Eran años donde las Fuerzas Armadas andaban con ametralladoras y pistolas dentro del hospital, como si los locos fueran de gran peligro nacional, el peligro por ahí éramos nosotros, según ellos psiquiatras, psicólogos y sociólogos eran todos marxistas peligrosos para el Estado.

Tuve tres denuncias graves. La primera fue sobre mi vida privada, pero no prosperó la denuncia, porque desde el punto de vista administrativo, mientras no exista escándalo la vida privada sigue siendo de uno. La segunda denuncia fue más grave, porque me acusaron de guerrillero. El militar que estaba en ese momento en el Moyano tenía orden de detenerme y de trasladarme al Treinta y Tres Orientales que era un barco. Había estado en la Antártida hace muchos años, en 1966 estuve en la marina, entonces inmediatamente pedí un tribunal de honor, y el milico me dijo: "qué tribunal de honor, lo van a mandar no sabe dónde, y después no sabemos si aparece, si aparece va a aparecer destruido, ¿quiere tribunal de honor?"; "no señor". Entonces dijo: "Andá a decirle a esta gente que Camino no tiene nada que ver con la guerrilla", pero la denuncia existía, en esos años bastaba una denuncia verbal (esta era escrita) para que a uno lo limpiaran. Buscaron por el lado administrativo y me hicieron un sumario, posteriormente un juicio por una supuesta desaparición de unas gomas de tractor (las traseras) y de un arado de bueyes —quiero aclarar que tengo muchos problemas en conectar las gomas al arado—. Estuve enjuiciado desde el año 1977 hasta el año 1985, no podía irme más allá de los países limítrofes. Tuve una cantidad de dificultades legales porque además el juicio se prolongaba y no terminaba nunca. Felizmente la sentencia me favoreció, reivindicó mi persona, el juez da lugar a una cantidad de cosas que el personal declaró espontáneamente a favor mío y de otra persona que también estuvo implicada.

Ese fue mi final, todavía sigo en la administración pública, pero ahora un poco más cuidadoso. El militar que estaba en el Hospital Moyano me decía: "Mire, yo sé que usted hizo una cosa rara que se llama comunidad terapéutica (era criujano el

hombre, así que no era para criticar) mientras estemos nosotros, usted no hable más de eso porque usted está fichado". Efectivamente como la gente desaparecía no hablé más, de 1977 hasta 1983 no hablé más, desaparecí, muchos me creyeron muerto. Eran tiempos difíciles.

Dr. Arrue. — Podríamos hablar con un enfoque totalitario, global de las dificultades del sistema.

Público. — Totalitario no, totalizador.

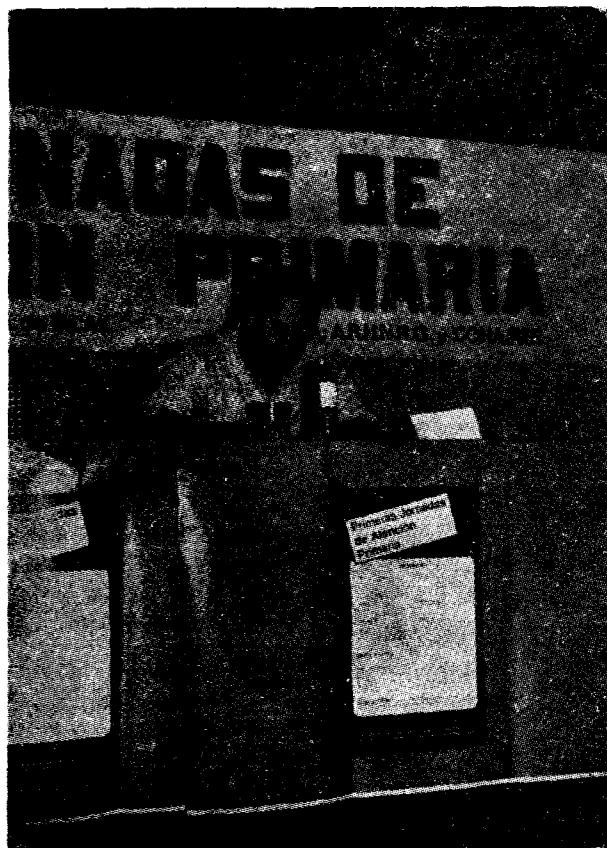
Dr. Arrue. — Totalizador, de las dificultades de la institución, de las dificultades de la familia. Prefiero hablar de mis propias dificultades, porque de alguna manera me han transmitido la necesidad de cosas muy concretas, ustedes están pasando por las mismas que yo.

Cuando relaté la historia de los diversos enfoques, se habrán dado cuenta que parto de un enfoque totalmente autoritario trasciende y se engancha con un enfoque tecnocrático; es una mezcla de cosas que producen mucha inseguridad, en un trabajo que es inseguro porque no sabemos cómo se hace. Las dificultades existen, pero me estoy dando cuenta gracias al trabajo que estoy haciendo con mis compañeros, que en la medida que conformamos equipos y el trabajo en las ciencias sociales está basado en la experiencia y en la verificación del error, esas dificultades van desapareciendo.

Dr. Cohen. — Tengo la impresión que la primera dificultad en cuanto a A. P. S., somos nosotros mismos. Si planteamos en la A. P. S. una actitud de cambio, los primeros que tenemos que cambiar somos nosotros. Si uno se lanza a esta aventura de la A. P. S., siente que no sabe, tenemos que dejar todos los esquemas, los modelos, las escuelas, todos los marcos conceptuales referenciales que tanto nos han protegido y ayudado, para embarcarnos en un camino y un recorrido que desconocemos realmente, que no sabemos el punto definitivo de llegada. La posibilidad de aceptar esto nos habla de que estamos en un buen camino, es un parámetro que tomamos y creo que compartimos. La duda habla de que estamos empezando a entrar en terrenos que hasta ahora no ocupábamos.

¿Cuál es la principal dificultad en el campo de trabajo de la A.P.S.? Hablando desde los trabajadores de salud mental diría, los propios trabajadores de salud mental, nosotros mismos. Comparto la necesidad del trabajo interdisciplinario, el trabajo en equipo, que es el marco más apropiado para desarrollar este tipo de abordaje.

No hay recetas, no tenemos la precisa, la tenemos que hacer entre todos, fundamentalmente a partir de la práctica cotidiana; poder tener ámbitos donde desde la práctica pensemos, reflexio-



Experiencias en salud. — Exposición del Dr. Willy Arrue.

namos, para volver después a la práctica, a la acción; y en ese permanente ida y vuelta, ir elaborando, e ir avanzando en el proceso emprendido.

Durante la noche se proyectó en el aula magna de la Facultad de Medicina el film "Gerónima" con un debate posterior coordinado por el Dr. Jorge Pellegrini.