

EXPERIENCIA SOBRE TRATAMIENTO SOCIOCOMUNITARIO DE ALCOHOLICOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL «ROMAN ALBERCA», DE MURCIA

**OSCAR STRADA BELLO, CARLOS PEREZ - ALFARO CALVO,
ROSA MARTINEZ GOMEZ, ANA SANCHEZ MIGALLON Y LUCRECIA GARCIA LOPEZ**

1. DEFINICION DE LA EXPERIENCIA

El objetivo de la presente comunicación es informar acerca de la experiencia llevada a cabo por los autores de este trabajo durante los años 1976 a 1979, en el Hospital Psiquiátrico Provincial "Román Alberca", de Murcia.

La primera parte de la citada experiencia se realiza en el segundo pabellón del hospital y abarca los años 1976 y 1977. La segunda parte, más importante, tiene lugar a partir de 1978 con la creación de la Unidad Antialcohólica.

Los objetivos generales del trabajo eran la resocialización y rehabilitación social de los alcohólicos crónicos, así como lograr una más rápida reinserción de los alcohólicos subagudos.

A continuación ofrecemos una caracterización dinámica de la situación en que se hallaba el grupo con el que se operó:

1. Se trataba de un grupo de 33 pacientes crónicos y subagudos, cuya media de internación era de 12 años y 4 meses.
2. El 76 % de ellos trabajaba dentro del hospital.
3. La edad media de los enfermos era de 51 años.
4. El estado civil de los mismos era:
 - El 45 % solteros.
 - El 52 % casados (un 40 % de ellos separados).
 - El 3 % viudos.
5. La totalidad de los pacientes casados tenían hijos, siendo su número:
 - Inferior a 4 para el 56 %.

— Superior a 4 para el 44 %.

6. La situación familiar de estos pacientes viene determinada porque el 52 % carece de familiares o de vinculación con ellos (la falta de datos más precisos al respecto impide diferenciar ambos casos).
7. Todos los pacientes proceden de familias numerosas, siendo la media de hermanos 5, y el lugar ocupado entre ellos el siguiente:
 - El 22 % son primogénitos.
 - El 9 % son el segundo hermano.
 - El 22 % son el hermano central.
 - El 9 % son el penúltimo hermano.
 - El 15 % son el último hermano.
8. Respecto a los antecedentes familiares proclives a la ingestión de alcohol, el 30 % de ellos los tienen, correspondiendo en este porcentaje:
 - El 24 % a los padres (21 % el padre y 3 % la madre).
 - El 6 % a los tíos.
9. Posee documentación el 45 %, estando el resto indocumentado.
10. Respecto a su nivel educativo, se dan los siguientes casos:
 - El 37 % lo constituyen analfabetos.
 - El 33 % tiene educación primaria.
 - El 27 % tiene primaria completa.
 - El 3 % tiene formación profesional.
11. Posee Seguridad Social el 15 %, y pensión el 7 %. Otro 9 % ha solicitado pensión, que se halla en trámite.
12. La media de reingresos es 8, sobre el total de pacientes, siendo la causa una de las siguientes:
 - El 43 % por petición propia.
 - El 24 % por petición familiar.
 - El 16 % por orden gubernativa.
 - El 13 % por indicación médica.
 - El 4 % por orden judicial.
13. La media de altas es 5 y la de fugas 3, ambas sobre el total de pacientes. La media de días de permanencia fuera del hospital para el 94 % de los enfermos es 416.

Respecto a estas cifras, honestamente hemos de señalar que en este hospital, como en otros presumiblemente, las historias clínicas de los pacientes no recogen sistemática y ordenadamente todos sus movimientos. Esta desgraciada práctica supone de parte de los responsables una complicidad con el desconocimiento: es decir, es la falta de datos lo que, en muchas ocasiones no nos permite procesar el material con el que trabajamos, o nos induce a hacerlo incorrectamente.

Por último, es preciso subrayar los hechos siguientes:

- a) El grupo, en su conjunto, operaba con una disociación entre mundo externo (del hospital hacia afuera) y mundo interno (medio hospitalario). El afuera estaba constituido por el lugar de los fracasos y los conflictos, lo que lo caracterizaba como medio peligroso y amenazante (anomia familiar, paro, persecución policial, etc.).

El adentro es caracterizado, en primera instancia, como el lugar de lo bueno (medio hospitalario como continente: albergue, lugar que provee de sustento, así como de cierto grado de identidad social intrahospitalaria).

- b) Esta primera disociación que escinde el adentro y el afuera se repite en el adentro, tomando la característica de que el otro es ahora el depositario de lo malo y es vivido también con un carácter más o menos amenazante.

Esto determina entonces una situación de anomia y desintegración familiar y social en el medio externo, como efecto de la primera disociación, y un segundo momento de anomia y desintegración dentro del mundo interno del propio hospital, como efecto de la segunda escisión.

La expresión concreta de este último punto se ejemplifica en el hecho de que, al comienzo del trabajo, los pacientes no se conocían entre sí por sus nombres propios, sino apenas por sus sobrenombres aún después de 20 años de internación, además carecían de amigos y no lograban constituir pequeños grupos.

Dada esta situación, nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

1. Aumentar las posibilidades comunicativas de los pacientes entre sí.
2. Posibilitar sus vínculos extrahospitalarios.
3. En lo específicamente terapéutico, trabajar sobre dos puntos básicos:

— El sentimiento de identidad.

- La reconstrucción de grupo interno a través de la terapia individual y grupal.
4. Poner los medios y posibilidades con que se pudiera concretizar la confrontación entre posibles cambios a nivel yoico en actividades concretas llevadas a cabo en el mundo externo: integración en asociaciones de vecinos, participación en actividades culturales, etc.

2. METODOLOGIA DE TRABAJO

Los instrumentos de trabajo son principalmente los siguientes:

a) *Asambleas comunitarias.*

Se realizan una vez por semana con asistencia del personal de la unidad y tienen una duración de una hora y media. Su objetivo es la discusión de los aspectos organizativos y de funcionamiento general de la unidad.

b) *Grupos terapéuticos.*

Tienen lugar una vez por semana y su duración es igual que la de las asambleas. Su objetivo, elaborar conflictos.

c) *Círculo cultural.*

Dirigido totalmente por los enfermos. Su función es organizar actividades culturales (charlas, recitales de canciones, películas, etc.). Su objetivo es favorecer la movilización a la vez que se aumentan las posibilidades de información del enfermo.

d) *Asociación de ex-alcohólicos.*

Los enfermos asistían, voluntariamente, a las reuniones de dicha asociación. El objetivo era que se conocieran los problemas de la rehabilitación, estimulando así el pasaje a esa situación.

e) *Asociaciones de vecinos.*

La asistencia a estas reuniones es permanente. Su objetivo, interesar a los enfermos en aspectos sociales comunitarios e integrarlos en la problemática política y social.

3. DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

A continuación pasamos a describir brevemente la segunda parte de la experiencia que, como ya se informó, comprende los años 1978 y parte de 1979.

3.1. Creación de la Unidad Antialcohólica

A mediados de febrero de 1978, con la creación de la Unidad Antialcohólica, se produce un afianzamiento de la línea de trabajo iniciada en 1976.

Se introducen, junto con el tratamiento farmacológico habitual hasta el momento, otras técnicas terapéuticas, cuya práctica no había tenido lugar hasta entonces en el hospital. Para ello se incorporan al equipo médico, constituido originariamente por un psiquiatra, un psicólogo clínico y una ATS, una asistente social, una monitora, un celador y un reducido grupo de estudiantes de Psicología, estos últimos en calidad de colaboradores "ad honorem".

Estas técnicas, ya descritas, se aplicarán en principio a un grupo de 33 enfermos crónicos, para luego extenderse al resto de enfermos alcohólicos recluidos en el centro.

En los primeros meses, la actividad terapéutica se centra en las ya citadas asambleas comunitarias.

3.2. Desarrollo de las asambleas

Al iniciarse esta nueva fase, el nivel de participación de los enfermos en las asambleas era prácticamente nulo. Sin embargo, en sólo dos meses crece hasta el punto en que llegan a ser los enfermos quienes llevan gran parte del peso de dichas asambleas.

En este corto proceso se destacan los siguientes hechos:

- a) Algunos enfermos comienzan a reivindicar la propia identidad, algunas veces mostrando sus deseos de actualizar su documentación, otras rechazando los sobrenombres.
- b) Los primeros líderes, hostiles a colaborar con el equipo médico, son desplazados por otros más activos y emprendedores. La reincorporación de aquéllos tendrá lugar más tarde, en forma igualmente activa.
- c) Se observa la formación incipiente de vínculos entre los enfermos, por una parte, y entre éstos y algunos miembros del equipo de trabajo, por otra.
- d) Se produce una activación general de los enfermos que, a su vez, repercute en el equipo médico.
- e) Por último, hay que señalar los temas más frecuentes en las asambleas:
 - La situación personal y familiar.
 - La situación laboral.
 - La relación con el personal, donde se subraya la existencia de relaciones conflictivas.

En resumen, la labor prácticamente directiva del equipo de la unidad en torno a conseguir la movilización de los enfermos ha logrado su primer objetivo. Pero esta repentina activación del enfermo obliga a su vez a movilizarse al quipo terapéutico, que ha de realizar eficazmente las funciones específicas que se ha marcado.

Este cambio de situación provoca ansiedades manifiestas en el equipo de trabajo: se explicitan resistencias a la hora de ejercer las funciones asumidas en las primeras manifestaciones y hoy reclamadas por los enfermos, se exteriorizan desconfianzas encubridoras de temores hacia los enfermos, así como vestigios de autoritarismo ante las crecientes demandas de los mismos.

Con esto queremos subrayar que en el curso del proceso terapéutico verificamos, en este momento, mayor resistencia al cambio en el equipo terapéutico que en el grupo de enfermos.

3.3. Nacimiento del Círculo Cultural

Tras algunas reuniones celebradas entre enfermos y parte del equipo terapéutico —y en las que se evidencia la necesidad de incorporar las terapias grupales, aplazadas *sine die* por falta de personal—, queda constituido el Círculo Cultural Antialcohólico, primer grupo organizado de enfermos con un proyecto que, aunque de forma indirecta, les vincula al exterior.

La estructura inicial del Círculo es muy sencilla: se hará responsable del mismo una comisión de tres enfermos a cuya disposición estará la llave del único lugar de reunión posible en el hospital, el local de la Unidad.

Sus objetivos explícitos son: por un lado, facilitar información acerca de cuestiones que, de una u otra forma, resulten de interés para los enfermos; por otro lado, se posibilitarán actividades de tipo cultural y recreativo.

Así comienza una tarea que supondrá el salto a un nuevo nivel de activación para el enfermo, ahora dirigida hacia el exterior del hospital. Los temas que los pacientes eligen para sus charlas son un fiel índice de sus expectativas: el divorcio, la situación laboral del país, el funcionamiento de las organizaciones de barrio, la constitución de una cooperativa, los precios de la "cesta de la compra", etcétera.

Por otro lado, la desaparición del temor a expresarse libremente hace irrumpir en las asambleas un tema espinoso que para los enfermos se presenta ahora como prioritario: las condiciones laborales de los internos que trabajan en los talleres del centro, que son la mayoría de los alcohólicos.

Comprobada la escasa eficacia de sus reivindicaciones, comienzan a plantearse la posibilidad de realizar trabajo asalariado fuera del hospital.

3.4. Del Círculo Cultural a la Cooperativa

Cuando los enfermos comienzan a cuestionarse abiertamente su permanencia en la institución, se suscitan temores, en parte del equipo de trabajo. Un sector del mismo se muestra partidario de un paternalismo hospitalista que niega la capacidad del enfermo para sobrevivir fuera del hospital. Este mismo sector frenará en adelante, inconscientemente, el trabajo del resto del equipo. Aun cuando su acción no es organizada, hay una simultaneidad en sus acciones.

Por su parte, los internos utilizan el cauce que les ofrece el Círculo Cultural para profundizar en su idea de trabajar fuera del hospital. Se proponen las charlas cuyos temas se han mencionado en el apartado anterior y tienen lugar los primeros intentos.

Estos primeros intentos se realizan a nivel individual: los enfermos que son trabajadores cualificados reclaman les sea gestionado el carné de paro y lanzan la idea de hacer "hospital de noche".

Posteriormente se impone el sentimiento de grupo y se decide —en una asamblea de gran emotividad— la futura constitución de una Cooperativa de Servicios en la que, de una u otra forma, estarán incluidos todos los miembros del grupo de enfermos. En el curso de esta asamblea se plantea que la citada Cooperativa precisará un local independiente del hospital que sirva de albergue a los enfermos, así como de almacén de las herramientas.

Simultáneamente se realizan gestiones en organismos oficiales para conseguir cursos intensivos de fontanería, electricidad, pintura, etcétera, a fin de iniciar a los trabajadores no cualificados en el trabajo que se realizará en la Cooperativa.

Este planteamiento moviliza a otros sectores del hospital. Comienza a afluir cierto número de enfermos de otros pabellones a los actos organizados por el Círculo. Asimismo, psiquiatras de otras unidades se ponen en contacto con el equipo que lleva a cabo la experiencia.

Se establecen unas líneas generales de actuación futura con vistas a una paulatina externalización de los pacientes:

- a) Se solicitará el carné de paro de los trabajadores cualificados como forma de averiguar la demanda de trabajo en el exterior del hospital.
- b) Se preparará simultáneamente la infraestructura del "hos-

pital de noche", en tanto no pueda arbitrarse el traslado de los enfermos a un local independiente del hospital.

- c) Se gestionará la constitución de una Cooperativa de Servicios (legalización, búsqueda de créditos, personal administrativo que colabore desinteresadamente en un principio, etcétera) que permita absorber en un primer momento al enfermo hasta que esté en condiciones de rehacer su vida de forma autónoma.
- d) Se procederá a la búsqueda de un local que pueda servir de "hogar del alcohólico", así como de almacén de la herramienta.

Se pretende, en suma, conseguir un albergue y un cauce de trabajo que mediatice la reinserción social autónoma del enfermo. Una vez puesto en marcha servirá para la resocialización de otros internos.

3.5. La interrupción de la experiencia

Este proyecto, animado por el entusiasmo de unos internos cuya media de permanencia en el hospital era de doce años, exigía un enorme despliegue de trabajo por parte del equipo terapéutico.

Así, llegados a este punto culminante de la experiencia, la situación se resume en dos puntos:

- a) Existe un considerable grado de organización interna de los enfermos, que se manifiesta a través del Círculo Cultural.
- b) Se han determinado explícitamente dos objetivos prioritarios:
 - La búsqueda de un local que sirva de "hogar del alcohólico.
 - La constitución de una Cooperativa de Servicios fuera del hospital.

Hasta ahora se ha tratado de describir la experiencia incidiendo en dos movilizaciones interrelacionadas: por un lado, la de los enfermos; por otro, la del equipo terapéutico.

Se ha comprobado cómo, en el camino recorrido, los esfuerzos del equipo de trabajo convergían con los de los enfermos en orden a la movilización de estos últimos, aun cuando se produjeran vacilaciones y resistencias por ambas partes.

A partir de este momento, sin embargo, comienza a producirse un movimiento regresivo desde el lado del personal hospitalario. Tienen lugar rivalidades entre miembros del equipo, celos profesionales, recuestionamientos acerca de la etiología y las manifestacio-

nes de los cuadros alcohólicos, etc. Estos factores motivarán una escisión en el equipo terapéutico.

Nosotros interpretamos que ésta era la primera reacción desde el seno mismo de la Unidad de Alcoholismo frente a los avances de los internos. Pese a ello se continuó trabajando en la misma línea.

Poco tiempo después, sin embargo, se produce un importante cambio en la organización hospitalaria. Es reestructurado el pabellón de crónicos, de tal forma que todos los internos con una permanencia en el hospital superior a cinco años serán considerados enfermos crónicos, sea cual fuere su cuadro clínico.

Esta medida incluía a los alcohólicos e institucionalmente implicaba el golpe de gracia a la tarea emprendida, ya que la casi totalidad de los participantes y motores de la experiencia habrían de ser tratados como crónicos.

De forma anecdótica puede añadirse que el trasvase de enfermos de la Unidad de Alcoholismo al Servicio de Crónicos quiso ser presentado como una elección libre de los enfermos, si bien en realidad hubo formas concretas de coacción expresadas en la prohibición de ejercer tareas rentadas en el interior del hospital y de participar de los beneficios del Club de Enfermos.

Esto significó prácticamente el final de la experiencia. En lo sucesivo, la parte del equipo que en aquel momento llevaba adelante la experiencia y que intentó reemprenderla con otros enfermos, vio finalmente reducida por completo su capacidad de actuación. Por su parte, los enfermos que continuaron en la Unidad de Alcoholismo fueron sometidos a tratamientos aversivos, en desuso desde el comienzo de la experiencia.

4. CONCLUSIONES

Desde el punto de vista psicopatológico, afirmamos que el hospital es un medio patógeno, ya que, al tender a cronificar a los alcohólicos, produce las siguientes distorsiones:

1. Anula el sentimiento de identidad.
2. No favorece los vínculos familiares y extrahospitalarios.
3. No posibilita la relación de los enfermos con organizaciones sociales que les permitan un abordaje de la realidad social.
4. En razón de los puntos anteriores genera altos grados de dependencia respecto de la estructura hospitalaria, convirtiendo al enfermo en cómplice patogénico de su situación de enfermo.

En suma, el hospital genera inseguridad, anomia familiar y social, anula el sentimiento de identidad, lo imaginario ideológico sustituye la realidad social y genera dependencia.

Curiosamente, desde un punto de vista dinámico, son éstos los aspectos principales de la estructura de personalidad de los alcohólicos y drogadictos. Es decir, lo mismo que el hospital genera.

Por otra parte, entendemos que la experiencia descrita fue saboteada por la propia institución. En este sentido hemos de subrayar el hecho de que fue una "oportuna" reorganización del centro lo que asestó el golpe mortal al trabajo, al cerrar —a perpetuidad— el paso a los enfermos con los que se iba a proceder a la primera fase de su ex internación controlada.

De esta forma, al privar al grupo de sus líderes y cercenar toda ilusión de salida, se nos privaba de objeto de trabajo. Equivalía a una expulsión enmascarada.

Era patente que la función real de la institución en aquel momento no fue ni curar ni rehabilitar al enfermo, sino cronificarle; no constituyó, pues, un medio terapéutico en el tratamiento del alcohólico, sino que, en última instancia, se manifestó como un medio patógeno.

Buscando razones que explicaran un cambio de actitud tan radical, llegamos a la conclusión de que la institución se había sentido atacada. Y ello había sucedido en el preciso momento en que se procedía a posibilitar el que los enfermos vivieran y trabajaran fuera del recinto hospitalario.

Analizando en profundidad la situación del enfermo alcohólico en el hospital, situación que iba a ser completamente trastocada con el inicio de la experiencia de ex internación, constatamos que toda la estructura funcional de servicio intrahospitalario tiene como soporte la fuerza de trabajo que representan los alcohólicos, retribuida ínfimamente.

Con ello queremos decir, sin ambages, que los enfermos alcohólicos constituyen el sector más lúcido y con mayor capacidad de trabajo dentro de los hospitales psiquiátricos, por lo que se constituyen en el personal ideal para ser explotados como fuerza de trabajo, condición ésta que los convierte en el auténtico proletariado de la institución.

Al resultarle imprescindible nutrirse de la fuerza de trabajo del enfermo alcohólico, es la institución misma la que es obligada a cronificarle.

El tratamiento se ve, pues, obstaculizado por la misma estructura psiquiátrica. Así, nuestra conclusión central y definitiva a partir de

la experiencia realizada es que *los alcohólicos no deben ser tratados en hospitales psiquiátricos, sino adoptando otras formas alternativas.*

5. ALTERNATIVA

El alcohólico ha de ser tratado, pues, en un medio que favorezca la labor terapéutica, no en un medio enfermante.

A este respecto, los parámetros que habrían de definir en principio un medio así serían los siguientes:

1. Ha de ser ajeno, física y estructuralmente, al hospital psiquiátrico actual.
2. Ha de favorecer la formación de vínculos grupales a distintos niveles.
3. Los centros de tratamiento y asistencia podrían adoptar dos modalidades:
 - a) Un centro único en cada ciudad o región en zonas no marginales.
 - b) Centros periféricos o barriales. Es decir, centros que estén insertos en áreas geográficas donde se exprese el fenómeno del alcoholismo, lo que posibilita el tratamiento en el mismo medio y, a la vez, exigiría la realización de una acción profiláctica profunda.
4. Ha de ser abierto y fomentar la autonomía; es decir, no ha de funcionar como continente sobreprotector —reproducción simbólica de la fuente de seguridad que constituye el útero materno—, sino como medio propiciante de la activación laboral y grupal del alcohólico, o sea, soporte de la acción.

Pensamos que nuestro doble proyecto de constitución de un "hogar del alcohólico" y una Cooperativa de Servicios podría satisfacer dichas exigencias.

El "hogar del alcohólico" sería un primer albergue, activamente inserto en la problemática social de su entorno, para los alcohólicos que llegasen a él. La Cooperativa de Servicios posibilitaría un primer cauce de trabajo asalariado, justamente retribuido, para el enfermo desde el momento mismo de su incorporación a dicho "hogar".

Postulamos la Cooperativa de Servicios como alternativa sobre las técnicas llamadas de laborterapia intrainstitucionales que actualmente se realizan en los hospitales psiquiátricos porque creemos que éstas contribuyen a generar una falsa conciencia social en los enfermos a través de un sistema de trabajo irreal y enajenante, ya que plantea una relación imaginaria entre la fuerza de trabajo, el valor de la misma y su producto.

Contrariamente, la Cooperativa de Servicios deberá regirse, a efectos laborales y sindicales, por las mismas condiciones sociolaborales que rijan en el medio en el cual se desarrolle la citada Cooperativa.

Las actividades que se llevarían a cabo en un centro así serían de dos tipos:

a) *Específicas del tratamiento:*

- Entrevistas psicológicas con los pacientes y sus familias.
- Terapias individuales y grupales con los pacientes y sus familias.
- Vigilancia médica.

b) *Reforzadoras del tratamiento:*

- Asambleas comunitarias que permitieran la elaboración racional y emocional de los problemas surgidos en la convivencia.
- Relaciones operativas con las organizaciones de barrio, asociaciones de ex alcohólicos y entidades culturales.
- Vinculación a sus respectivas centrales sindicales.
- Elaboración conjunta, llevada a cabo por entidades ciudadanas y grupos de trabajadores mixtos de enfermos y trabajadores de la salud mental, de un plan regional que analice y afronte el problema del alcoholismo.