UNIVERSIDAD NACIONAL de Entre Ríos
Facultad de Trabajo Social
Maestría en Salud Mental

TESIS

Tema: " Hacia una reconstrucción de una memoria viva: EL Hospital Neuropsiquiatrico Dr. Antonio Roballos (Paraná, Entre Ríos) desde su fundación hasta nuestros días ".

Autor: Trucco, María del Carmen

Asesores: Profesor Macor, Darío
Dr. Barbagelata, Eduardo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RIOS
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ENTRÓ 18 DIC. 1998
SALIÓ

Paraná (Entre Ríos)
Diciembre de 1998

INDICE

I- **INTRODUCCION**.....3

II- **BREVE RECORRIDO SOBRE LA HISTORIA DE LOS MOVIMIENTOS DE LA PSIQUIATRIA INSTITUCIONAL**.....9

II.1- **Lo " Psiquiátrico en el mundo "**.....9
II.2- **La Psiquiatría: su nacimiento político**.....10

III- **LO " PSIQUIATRICO " EN LA ARGENTINA**.....27

IV- **DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL EN PARANA (E.Rios)**.....35

IV.1- **El nuevo hospital esta en marcha**.....39
IV.2- **La Comunidad Terapéutica**.....44

IV.2.1- Actividades que se desarrollaban....53

IV.2.2- Normas de internación y otras actividades.....58

IV.2.3- Primer centro piloto psiquiátrico Regional: Apogeo y crisis de la Experiencia comunitaria.....60

V- **CONCLUSIONES**.....69
VI- **A MANERA DE EPILOGO**.....71
VII- **BIBLIOGRAFIA**.....84
VIII- **ENTREVISTAS**.....87
IX- **APENDICE**.....89

I- **INTRODUCCION**

La historia de la psiquiatría ha tenido un interesante desarrollo con dos recorridos principales. El primero, asociado a las demandas de la propia disciplina en torno a la cual se fue constituyendo una especie de "historia interna", cuyo más fuerte atractivo residía en el hecho de ofrecer para la disciplina una posibilidad de pensarse a sí misma en el espejo de su recorrido desde el pasado hasta el presente. Michel Foucault, Robert Castell son algunos de los pensadores que han trabajado esta perspectiva.

El otro recorrido que interesa destacar es una "historia externa" de la disciplina. Externa en tanto el hacer psiquiátrico y sus derivados son pensados desde un lugar más amplio que lo contiene; un dispositivo de construcción de control sobre la sociedad en el que cohabita con otras dos instituciones de igualmente larga trayectoria: la institución carcelaria y la institución escolar, como en más de un texto señala Foucault. En esta mirada, una de las figuras clásicas de las instituciones donde la disciplina psiquiátrica se pone en escena, que E. Galende considera englobables bajo el término de **manicomio**, es una máquina de control y disciplinamiento social destinada a ocultar, disimular, reprimir, lo que queda afuera de la normalidad sostenida por el saber médico/psiquiátrico en cada momento histórico. Como la cárcel, el manicomio es un encierro "negativo" donde la sociedad coloca afuera lo que no se adapta a la norma. La escuela, en cambio, aunque igualmente encierro, es una maquinaria de disciplinamiento "positivo": el lugar donde la "normalidad"

social se reproduce a partir de la enseñanza, la socialización de pautas y valores.

En nuestro país la historia de la psiquiatría ha transitado estos dos recorridos desde los estudios de José Ingenieros, Lucio Melendez, Gregorio Bermann hasta trabajos más recientes, como los de Hugo Vezzeti o Juan Carlos Stagnaro, que se inscriben en esa mirada externa sobre el desarrollo de la disciplina participando de un campo más amplio aún: una historia de la cultura argentina.

A pesar del sostenido desarrollo de estos dos recorridos, hay pocos trabajos dedicados al análisis de casos concretos, de una institución determinada y, en ella, de los proyectos que fueron marcando su impronta. Aunque con todas las prevenciones por nuestra ignorancia de los saberes específicos del historiador y por los límites naturalmente acotados de este trabajo incluso en lo que hace al saber psiquiátrico, lo que pretendemos aquí es precisamente contribuir modestamente al conocimiento general del campo desde la reconstrucción de un caso: el Hospital A. Roballos, de Paraná, Entre Ríos.

Desde este lugar acotado de una institución provincial, se intentará recuperar las tendencias, los contextos, las acciones, etc. que dieron forma a núcleos constituyentes de la medicina mental, y donde la institución objeto de estudio no permaneció ajena sino que al recuperarla pueden vislumbrarse las diferentes funciones sociales que tuvo el internamiento.

En este sentido la hipótesis general que guía este texto es que esa institución "Hospital Roballos" tuvo una experiencia particular que marcó un antes y un después: la experiencia de la Comunidad Terapéutica en los años sesenta. Intentaremos así dar cuenta de un recorrido de décadas que tiene, más allá de la

cronología, en esa experiencia en muchos sentido traumática, un punto central.

Un peregrinar inicial de lo que consideraremos como antecedentes del Hospital Roballos, donde la pobreza de recursos es la regla. Una segunda etapa, de la organización del nuevo Hospital, con un edificio más adecuado y conveniente para posibilitar un mejor desarrollo del trabajo médico, que sin embargo arrastra de la etapa anterior el tradicionalismo en el campo profesional. Un ejercicio profesional de la tradicional que lleva incluso a desaprovechar las potencialidades de la nueva situación edilicia. Una tercera etapa, la que nos parece central, en la cual, en ese nuevo edificio, se pone en práctica un nuevo proyecto desde el punto de vista médico, la Comunidad Terapéutica, bajo la dirección del Dr. Luis Cesar Guedez Arroyo.

El choque cultural que precipita esta nueva experiencia trascenderá rápidamente las fronteras del Hospital, para llegar a la comunidad médica paranaense en general e incluso a sectores más amplios de la sociedad. Esta ampliación del conflicto se explica por la difusión que le dan los medios de prensa, y por la importancia que tienen los actores enfrentados. Por una lado, la dirección del Hospital, que lleva adelante el proyecto reformista; por otro, prestigiosos profesionales del medio, que conciben a la profesión desde un horizonte más tradicional, y que se sienten marginados de las decisiones adoptadas en el Hospital.

El resultado del enfrentamiento es comprensible. La renovadora dirección del Hospital no supo conciliar su proyecto reformista con la búsqueda de consensos mínimos en el campo profesional. El resultado será, primero, el aislamiento y la

no-cooperación de los restantes profesionales, lo que afecta incluso al desarrollo de la experiencia; y luego, la caída del director que deja de ser sostenido por el gobierno provincial ante el conflicto.

Por último tenemos una cuarta y última etapa, que sólo presentamos a la manera de epílogo. Etapa que va desde la clausura de la experiencia de la Comunidad Terapéutica hasta nuestros días. En ella, si bien, se abandonaron los principios en los que se sostenía la conflictiva experiencia de la Comunidad, no sería correcto afirmar que se volvió sin más a la metodología anterior del tradicionalismo psiquiátrico. Más bien, nos parece, que la mayor fuerza de la experiencia comunitaria radicó en que, después de él, aun abandonados sus principios rectores como un todo orgánico, no se pudo ignorar la necesidad de revisar los patrones tradicionales, aunque sea parcialmente.

El resultado de esta experiencia aún marca el estilo del Hospital de hoy. Un cierto eclecticismo, una laxitud en la dirección de la política médica, una mezcla compleja entre la tradición y la innovación, cuya guía rectora parece reposar en evitar el conflicto, en pasar desapercibido, en no repetir experiencias traumáticas como la del sesenta.

Por último y para finalizar esta introducción es oportuno señalar algunas cuestiones puntuales sobre el trabajo de investigación realizado, sobre todo porque las dificultades están muy marcadas por esta historia del conflicto desatado por la experiencia comunitaria.

Esa experiencia tuvo una consecuencia fundamental para un estudio como el que nos propusimos. Clausurada la experiencia

comunitaria, pareció primar una decisión de olvido, como para alejar no sólo la experiencia médica sino también los enfrentamientos que la misma había provocado. Así, cuando comenzamos con las entrevistas a los protagonistas de esa época, recibimos poca o ninguna información sobre ese acontecimiento central. Recién después que el avance en la investigación nos permitió orientar mejor nuestros interrogantes, los entrevistados comenzaron a reconocer lo acontecido, aunque con una mirada que trataba de quitar importancia a la temática.

En esta etapa más calificada de las entrevistas, éstas se transformaron en una fuente importante de información, sobre todo ante la ausencia de fuentes ordenadas que permitan un abordaje sistemático del campo de estudio. Problema que es más general y abarca a todo el campo de la salud, pero en nuestro caso se reforzaba doblemente: por una lado se trata un Hospital particular, de los que "no se habla"; por otro, ese hospital había involucrado a los psiquiatras paranaenses en un conflicto que la mayoría prefería olvidar.

Junto a las entrevistas, otras fuentes ocuparon un lugar importante en la investigación. Por un lado, para disimular los déficit de conocimiento histórico tan naturales a nuestra profesión médica, tuvimos que realizar un recorrido por la historia argentina en la que cierta bibliografía, de la que se da cuenta, se transformó para nosotros en una fuente importante.

Por otro, y más precisamente como fuentes, revisamos los archivos de la Provincia de Entre Ríos, y por supuesto todo el material disponible en el mismo Hospital, que aunque muy escaso y predominantemente administrativo resultó de utilidad.

Por último, consultamos también la prensa local, sobre todo en los períodos donde el Hospital se transformaba en noticia: la etapa de fundación del nuevo edificio, y la de la experiencia Comunitaria.

II- BREVE RECORRIDO SOBRE LA HISTORIA DE LOS MOVIMIENTOS DE LA PSIQUIATRIA INSTITUCIONAL.

II.1- Lo '' Psiquiatrico en el Mundo ''.

''En psiquiatría, al igual que las llamadas ciencias sociales, un abordaje epistemólogico que intente poner en evidencia la estructura de sus nociones y conceptos, conduce necesariamente a una crítica histórica, en tanto análisis histórico de la producción de esos conceptos y las practicas ligadas a ella.

Es necesario analizar la sucesión de coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia especiiica de la psiquiatría partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas, sino de los modos históricos de producción de esas ideas.[1]

La historia de los procesos de constitución de lo psiquiátrico y su pasaje a las políticas de Salud Mental actuales, es necesariamente critica histórica, y esta es la epistemología de la psiquiatría: acceso a la organización y funcionamiento de los conocimientos en la sucesión de coyunturas socio - políticas."[2]

El médico asilar, figura principal de la psiquiatría en principio de siglo, es el primer médico que más allá de su rol terapéutico, va a ejercer un poder civil, ya que tenía el poder de legislar y de policía sobre los pacientes, controlando y custodiando a los internados, como así también las condiciones y reglamentos del internamiento, los ingresos y egresos. Este

---

[1] E. Galende, *" La crisis del modelo en psiquiatria "*, Cuadernos Médicos-Sociales N* 23, marzo de 1983.
[2] Emiliano Galende, *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una critica de la Razón psiquiátrica*, Paidos Psicología Profunda, 1994, pag. 121.

poder no solo se limitaba a los pacientes, sino hacia los otros colegas.

Se va generando una representación social del médico psiquiatra, el cual va a ocupar y posicionarse desde un lugar diferenciado, hacia los enfermos y hacia la sociedad en su conjunto.

Es así que la figura del psiquiatra, va teniendo legitimación jurídica que convierte a la psiquiatría en un soporte importante para el ejercicio de dicho poder y también de potencias libidinales transferenciales capaces de producir tanto en la figura del psiquiatra como en la institución asilar un poder específico, que no solo queda reducido al interior del asilo y los enfermos, sino que se irradia al conjunto social. Es así, que siguiendo la misma línea del autor mencionado, un discurso histórico sobre la psiquiatría no deberá jamas dejar de lado estas fuerzas, que tiñen cualquier indagación de la verdad sobre sus aconteceres.

II.2- **La psiquiatria: su nacimiento politico.**

En un estudio sobre la locura en la época clásica Michel Foucault sentó las bases de una historia política de la psiquiatría.[3]

Si bien existía una atención medica de la locura en Egipto en el siglo XII, encontramos ya la locura diferenciada, marginada y separada de la vida social en Europa, pero aun no se la asocia al encierro.

[3] Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1967.

Desde la periferia de las ciudades, hacia donde era expulsados, al barco (la nave de los locos), éstos compartieron con los demás desechos de la sociedad, mendigos, criminales, prostitutas etc., su mismo destino trágico.

Es durante el Renacimiento, que el loco forma parte de la prosa del mundo, ya que encontraremos su presencia en las distintas manifestaciones del arte, de la poesía, en el teatro ligado generalmente al humor, en las letras **El Quijote**, con sus falsas percepciones, es un claro ejemplo del mismo.

Es en este mismo siglo, que se prepara el clima para lo que ha de ser ''El gran encierro''.[4]

En 1625 una gran crisis económica se extendió a toda Europa, teniendo su orígen en España, esto genera el éxodo de mendigos, pobres y miserables hacia las ciudades. En Francia los campesinos que emigraron de las campiñas trataron de colocarse en las industrias como mano de obra asalariada.

Como parte del proceso de recomposición social, basado en las primeras industrias, se crean entre 1630 y 1650, las primeras asociaciones obreras en Europa.

Paralelamente en el plano político se refuerza la monarquía absoluta y en el aspecto religioso se inicia el movimiento de la Contrarreforma en la Iglesia.

Es Lutero, quien cuestiona el lugar de la caridad en la fé cristiana, mientras que la Contrarreforma asume para la Iglesia, la asistencia a los pobres, lo que ha de servir de base dos siglos mas tarde a la medicina, para establecer su practica como relación asistencial. ''La asistencia del pobre genera una conciencia social del mismo como **lo otro**, sin

[4] Emiliano Galende, *Psicoanálisis y Salud Mental, Para una critica de la razón psiquiátrica*, op. cit., pag. 124.

Desde la periferia de las ciudades, hacia donde era expulsados, al barco (la nave de los locos), éstos compartieron con los demás desechos de la sociedad, mendigos, criminales, prostitutas etc., su mismo destino trágico.

Es durante el Renacimiento, que el loco forma parte de la prosa del mundo, ya que encontraremos su presencia en las distintas manifestaciones del arte, de la poesía, en el teatro ligado generalmente al humor, en las letras **El Quijote**, con sus falsas percepciones, es un claro ejemplo del mismo.

Es en este mismo siglo, que se prepara el clima para lo que ha de ser ''El gran encierro''.[4]

En 1625 una gran crisis económica se extendió a toda Europa, teniendo su orígen en España, esto genera el éxodo de mendigos, pobres y miserables hacia las ciudades. En Francia los campesinos que emigraron de las campiñas trataron de colocarse en las industrias como mano de obra asalariada.

Como parte del proceso de recomposición social, basado en las primeras industrias, se crean entre 1630 y 1650, las primeras asociaciones obreras en Europa.

Paralelamente en el plano político se refuerza la monarquía absoluta y en el aspecto religioso se inicia el movimiento de la Contrarreforma en la Iglesia.

Es Lutero, quien cuestiona el lugar de la caridad en la fé cristiana, mientras que la Contrarreforma asume para la Iglesia, la asistencia a los pobres, lo que ha de servir de base dos siglos mas tarde a la medicina, para establecer su practica como relación asistencial. ''La asistencia del pobre genera una conciencia social del mismo como **lo otro**, sin

[4] Emiliano Galende, *Psicoanálisis y Salud Mental, Para una critica de la razón psiquiátrica*, op. cit., pag. 124.

derechos, ni bienes, cuya causa no es terrena, pero cuya responsabilidad es de la Iglesia y el Estado''.[5]

Con el fin de recubrir a la pobreza con la figura religiosa, en 1632 la Iglesia cede al rey de Francia, el hospicio de Saint-Lazare, donde se albergan los pobres y mendigos detenidos.

En 1656 se crea el Hospital General por un decreto del rey, transformando antiguos cuarteles militares y varias casas aportadas por la Iglesia, en instituciones entre las cuales debemos mencionar a Salpêtriére y Bicêtre, en las que en poco tiempo se encerró a gran número de vagabundos, pobres, homosexuales, rameras y locos. Cabe destacar que solo en París, uno de cada 100 habitantes, sufrió dicho encierro.

El Hospital General, no va a cumplir con las funciones médicas para lo cuál fue concebido, ya que la autoridad absoluta que se ejerce sobre los individuos, allí internados y la pérdida de sus derechos ciudadanos ante el edicto que los considera pobres y vagabundos, hace que el mismo pase a cumplir funciones policiales y de caridad.

El nacimiento del Capitalismo y su normatización de la vida de los individuos, encierra y excluye la locura, conjuntamente con todo lo considerado **desecho inútil**, en los márgenes de la nueva relación social.

Como paradigma de la sociedad industrial europea, en formación, **el trabajo humaniza**, se puede comprender la doble operación del siglo XVIII: Primero el que no tiene trabajo, que puede promover decadencia y rebeldía, se encierra; Segundo se trata de **resocializarlo**, a través del trabajo como mano de obra barata. El hospital general con sus establecimientos, se

[5] Idem Emiliano Galende op. cit.

asimila a una fabrica; y aunque este proyecto / tendencia no se desarrolla, sino parcialmente si se expusieron e impusieron sus valores.

Ante la reivindicación de los derechos del hombre, la sociedad revolucionaria se enfrenta con una contradicción importante con respecto a la locura, la libertad del individuo derecho inalienable versus la protección de la sociedad y su razón.

Con el fin de dar resolución a esta contradicción el poder político siguió tres etapas: primero, se trata de reducir y controlar los internamientos (que se hacían arbitrariamente), segundo, se realizan encuestas judiciales para detectar el verdadero motivo de la internación, y tercero se producen un conjunto de leyes específicas.

Como resultado de estos avances, en 1790, se logra la libertad de todas aquellas personas, que se comprueba que no son ni delincuentes, ni locos, ordenándosele a los jueces el estudio de la situación de los internados, se asigna a la familia el cuidado de los locos y se ordena que los mismos sean internados en Hospitales, que aún no existían, llamándose a partir de allí asilos a Bicêtre para hombres y Salpêtrié para mujeres.

Estas medidas producen un reordenamiento de la problemática de la locura, en tres planos a saber: a) respeto de la libertad personal del loco b) del conocimiento de la locura c) de la legislación.

Dado los rumores existentes (primer año de la Revolución Francesa), de que en los asilos ocurrían anormalidades como, encerrar a los enemigos de la revolución o aquellos que escapaban de la justicia, el gobierno nombra a Philipp Pinel,

médico revolucionario, para que se haga cargo de Bicêtre, siendo su tarea, esclarecer la verdad sobre ésta situación, diferenciando a los locos de los simuladores y vigilar la internación. Corresponde a dicho médico, el hecho de liberar las cadenas a que eran sujetos los locos a los muros, reformar las celdas, e implementar el tratamiento moral de los enfermos, siendo éste uno de sus aportes mas destacados a la psiquiatría.

Con la incorporación del médico al asilo, la locura deja de ser sólo excluida y comienza a ser observada, relacionada con la problemática de la naturaleza y sus causas, objeto de estudio y dominada ahora por el tratamiento médico.

Pero fue Juan Esteban Domingo Esquirol, ha quién se considera el heredero de Pinel, quien desarrollaría los fundamentos médicos de la psiquiatría, no por haber descubierto las causas orgánicas de la locura, sino porque las supone, dejando de lado el tratamiento moral, para dedicarse a tratamientos menos paternalista.

Con sus teorías de la herencia y afecciones cerebrales como causa de los trastornos mentales, el aislamiento del paciente pasa a formar parte de una indicación médica y no ya como una forma de exclusión.

Esquirol es considerado habitualmente como el fundador de la clínica psiquiátrica y la medicina mental científica.

''Si el Hospital General era una institución policial-religiosa, el asilo es la gran figura institucional de la psiquiatría''.

''Es el lugar de realización de las relaciones de poder que el discurso psiquiátrico instituye''.[6]

---

[6] Emiliano Galende, Psicoanalisis y Salud Mental, para una critica de la razon psiquiatrica, op. cit. Pag. 134

La ley de 1838 que durante mas de cien años reglamentó los dispositivos de Salud Mental en Francia, recogió gran parte de los desarrollos de Esquirol, organizó la psiquiatría como disciplina de lo mental, como un conjunto organizado de practicas médico -psiquiátricas: la psiquiatría como una especialidad médica.

En la segunda mitad del siglo XIX, es la época del predominio del pensamiento positivista. En el plano de la salud, el método por excelencia, era el experimental, que había logrado grandes avances, por lo tanto, para explicar la conducta de los sujetos, había que apoyarse en dicho método y aquello que no era naturalmente demostrable carecía de rigor científico.

Una de las figuras más representativas de éste período fue Emil Kraepelin, quién ha partir de la utilización, de su modelo anatomo-clínico, desarrolla avances en esta concepción epistemológica positivista.[7]

Desde el tratado de Wilhelm Griesinger en 1852, hasta la psicopatologia de Karl Jaspers en 1913, los debates de la psiquiatría, han oscilado siempre entre la causalidad, la organogénesis, la psicogénesis, los hereditario y lo adquirido.

Curiosamente Griesinger, quién comienza a observar la relación individuo- contexto, a partir del hallazgo de la causación luética de la P.G.P.(Parálisis General Progresiva), cae en un organicismo extremo.

Karl Jaspers funda un método psicopatológico que abre camino a la construcción de psicoterapias racionales, a partir de una crítica al positivismo en la psiquiatría.

---

[7] Emiliano Galende y J. Paz, *Psiquiatría y sociedad*, Granica, Buenos Aires, 1974.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, distintas corrientes(entre ellas el psicoanálisis) irán generando cambios, a pesar de que, extrañamente, los primeros pensadores de la locura en nuestro siglo, los fenomenólogos, conviven con ella en los asilos.

Luego de 1945, en la pos guerra, aparecen verdaderas reformas institucionales en lo psiquiátrico. Varios hechos contribuyeron a este cambio.

La destrucción, como consecuencia de la guerra, de las organizaciones de salud en los países de Europa, en cuanto a sus recursos humanos y materiales, sumado a las graves secuelas, que ésta había dejado en los individuos y la necesidad de atención psiquiátrica, demandan una rápida reconstrucción de los sistemas de atención.

Tras el horror vivido, se produce un período de humanización, un resurgimiento de lo intelectual, a lo que adhieren algunos psiquiatras, y que empiezan a participar de los procesos sociales, del redescubrimiento de lo humano y comienzan a vislumbrar la necesidad de un cambio en las relaciones instituidas en la psiquiatría asilar.

Este mismo posicionamiento en el plano político, lleva al gobierno a sectores populares, demócratas y progresistas, con ideas innovadoras y gran sensibilidad en el plano de la salud.

Todo esto contribuye a que se introduzcan cambios importantes en el sistema asilar.

Es esta la época del gran auge de la medicina social, que acompaña los cambios políticos llevados adelante por el laborismo en Inglaterra, el movimiento izquierdista en Italia y el frente popular en Francia, sobre cuya base comienzan a contruirse los Estados Benefactores europeos.

En 1943 se origina en Inglaterra una corriente de psicoanálisis grupal, que trabaja con soldados afectados mentalmente, lo que dará origen posteriormente a la denominación de **Comunidad Terapéutica**, a esta nueva forma de trabajo.

Es Maxwell Jones quién en la misma época y trabajando con grupos de ex-prisioneros va a definir con mas rigor este modelo, y del cual va ha referir que el principio básico de la comunidad terapéutica, es el aprovechamiento de todos los recursos de la institución, a la que concibe como un conjunto orgánico, no jerarquizado de médicos, pacientes y personal.

En lo referente a organización y funcionamiento de la comunidad Rappoport señala como: " propender a una democratización que otorgará idealmente, el mismo valor de opinión a cada uno, incluidos médicos, enfermeras y pacientes, generar un ambiente de permisibilidad que diluyera el rostro siempre represivo de los reglamentos institucionales, construir una comunidad de intereses y objetivos, que consoliden al grupo en las tareas propuestas, propender a una relación de la comunidad con el exterior, de modo de asegurar una confrontación constante con la realidad social".[8]

Esta forma de tratamiento puede considerarse como la base ideológica de la nueva psiquiatría institucional.

Su implementación en los hospitales psiquiátricos fue muy dificultosa, sin embargo y a pesar de ello, pone en evidencia razones políticas y sociológicas de la situación institucional, que lo médico ya no pudo ocultar. Richard Laing y David Cooper, fundadores de la antipsiquiatria inglesa fueron

---

[8] Emiliano Galende, *Psicoanálisis y salud mental, Para una critica de la razón psiquiátrica*, op. cit. Pag. 144

quienes denuncian los efectos encubridores de la psiquiatría institucional.

A pesar de las criticas que dicho dispositivo haya tenido, es innegable que la situación del asilo cambió a partir de ella, debiendo los psiquiatras replantearse su posicionamiento en cuanto a su relación con la política; con el poder; su función social y comenzar a mirar fuera de los psiquiátricos.

Es la Organización Mundial de Salud (O.M.S.) quién en 1953, recomienda para todos los hospitales psiquiátricos, la transformación en comunidades terapéuticas. Ya en el año 1950, una resolución de la misma organización, comienza a definir un reordenamiento de lo mental en el mundo.

Es en esta época, podríamos decir que se produce una crisis de la psiquiatría, que lejos de ser concebido, como un movimiento de modernización de la misma, lleva a la conformación de otro modelo, que ha de denominarse políticas en Salud Mental. Tales políticas consideran al daño psíquico en relación con la vida social.

Surgen tres modelos básicos en éste proceso de reorganización, como tendencias dominantes:

1) La política del Sector en Francia.
2) La psiquiatría comunitaria anglosajona.
3) El proceso de desintitucionalización en Italia.

1) La política del Sector en Francia

Centralmente se basó en considerar a las cuestiones de la Salud/ Enfermedad Mental, como cuestiones que no podían ser pensadas, ni resueltas exclusivamente en el espacio intrapsiquiátrico. Desde su inicio se basó en no centrarse, en el internamiento, como único modo de abordaje de la patología psiquiátrica, y por otro lado en reinstalar en la sociedad la problemática de la Salud y Enfermedad Mental, expropiada por la psiquiatría.

Existen antecedentes previos a la guerra, de ésta ideología del sector, pero su impulso y concreción, estuvo dado por las condiciones sociales, de la pos guerra y del Frente Popular. El Sector fue propulsado desde éste partido en el gobierno, e intentó implementar una política de medicina social, con una asunción de los deberes del Estado y de la comunidad en materia de salud.

Es de destacar que la obra en Salud Pública, procuró extender al campo de lo ''extrapsi'' aquello que era considerado sólo ''intrapsi'' y por otro lado aparece la idea de la intervención en el mismo lugar donde surgía el enfermo.

Esto último aparece como novedoso y opuesto frente a la posición histórica del asilo, en que los enfermos eran trasladados desde lugares alejados y recluidos tras sus muros. Es previo a esto y en el transcurso de éste proceso donde surge un gran movimiento de intelectuales y psiquiatras que lleva consigo y concluye ésta idea de constituir el Sector Psiquiátrico, en toda Francia produciendo una conversión en el sistema médico de atención mental de la comunidad, en el territorio, (atención e internación domiciliaria, asistencia

en y con la comunidad), estatizando todos los servicios privados que hubiere. Esta idea se completa con la concepción de que el Sector, como unidad de salud, debía abolir los Hospitales psiquiátricos.

2) Proceso de Desinstitucionalización en Italia

En Italia la reforma se produce a partir de los años sesenta y más precisamente del año 1967,y sí bien no en forma completa, ya existían parcialmente los ideales del Sector y algunas comunidades terapéuticas en otros países.

Hasta los años 60 en Italia, el ambiente psiquiátrico estaba dominado por una red de hospitales psiquiátricos, de características manicomiales, cuyos profesionales en su gran mayoría biologistas, (recordemos que el electroshock se había inventado en Italia) habían permanecido totalmente ajenos a los cambios políticos del país.

No se puede hablar de la reforma italiana, sin mencionar el nombre de Franco Basaglia, quien desde su puesto de director de un asilo, va a impulsar un cambio político y social, de tal importancia, que logra el cierre definitivo de varias instituciones psiquiátricas.

Es de destacar que el propio Franco Basaglia definió a la psiquiatría como la practica de una contradicción, pero que se escinde y niega. En esto ve la función de encubrimiento que hace la medicina mental, ya que desplaza el problema socio-político que el enfermo y la institución representa hacia una solución técnica- científica. La dimensión médica (un enfermo por sus problemas psicopatologicos) y la dimensión socio-

política (el hecho de ser un excluido), deben ser tomados dialécticamente, a riesgo de escindir el problema, medicalizándolo o politizándolo.[9]

A partir de la experiencia de Gorizia, y luego del Hospital psiquiátrico de Trieste que también dirigió y cerró Basaglia, se fue conformando un grupo profesional nucleado alrededor de lo que comenzó a ser definido como una doctrina de psiquiatría democrática. Con el formidable apoyo político y social alcanzado (dado que la idea de abrir las puertas y luego la externación de los paciente de los hospitales psiquiátricos, hasta su cierre definitivo, generó un verdadero movimiento político y social en Italia) este grupo orientó toda la reforma psiquiátrica italiana hasta la aplicación de la ley de Salud Mental en 1978 (la ley N° 180). Por esta ley se establece:

- No puede admitirse ningún paciente nuevo en los hospitales psiquiátricos de toda Italia y luego del 31 de diciembre de 1980 no se puede reinternar ningún paciente que haya sido externado.

- Para las internaciones obligatorias, que se crean necesarias (sin consentimiento del enfermo) y nunca por peligrosidad, deben certificar dicho pedido dos médicos y una autoridad civil local.

-Sólo pueden internarse por un período fijado y no mayor de 10 días.

---

[9] Emiliano Galende, *Psicoanálisis y salud Mental, Para una critica de la razón psiquiátrica*, op.cit.

- Estas internaciones pueden hacerse en los servicios de psiquiatría del hospital general, ya que deben destinarse 15 camas de cada hospital cada 200.000 habitantes.

- La ley establece como prioritario el tratamiento en la comunidad y a través de los centros locales de Salud Mental.

- Dispone el pasaje de los enfermeros de los hospitales que se cierren a los nuevos centros comunitarios.

- Todas las personas internadas recuperan sus derechos civiles.

La idea central era poder situar el problema de la Salud Mental en el conjunto social, es decir que el proyecto de psiquiatría democrático, en lo interior del psiquiátrico debía trascender el nivel de los muros, procurando crear una conciencia social diferente sobre el enfermo mental.

Se procuraban acciones que no estuvieran ligadas al internamiento, con el objetivo de disolver la función de segregación y custodia, esperada a partir de la institucionalización. Esto también llevó consigo una modificación en las funciones que al interior del psiquiátrico ejercían quienes trabajaban en él (médicos, enfermeros, pacientes etc.)

Este proyecto no era viable sin la constitución de un frente social y político que lo legitimara, como reivindicación propia de la sociedad, permitiendo su desarrollo efectivo. Desarrollo efectivo no lineal que, como es obvio, generó resistencias desde distintos ámbitos de la sociedad italiana, con adherentes y disidentes.

La compleja experiencia italiana de reforma en Salud Mental aun no esta cerrada por lo que, todo análisis a de tener que considerar este aspecto, ya que tanto los logros, como los obstáculos son de carácter provisorio.*

3) Psiquiatría Comunitaria en EE.UU.

Como en los países de Europa, también en EE.UU. luego de la Segunda Guerra Mundial, se agravaron todos los problemas referentes a lo mental.

Durante esos años, se crea en EE.UU. el Grupo para el Desarrollo de la Psiquiatría, el que va a estar formado por jóvenes psiquiatras y psicoanalistas, con nuevas ideas orientadas a producir una reforma psiquiátrica. Este grupo contaba con el apoyo de la Fundación Menninger.

En 1946 se aprueba la Ley de Salud Mental y R. Félix que pertenecía a dicho grupo, se va a desempeñar como Director del Instituto Nacional de Salud Mental.

Desde la creación de dicho instituto hasta 1960, las medidas que se tomaron fueron tendientes a lograr una mayor humanizacion de los servicios, a apoyar y financiar la formación profesional más ligada al psicoanálisis, las investigaciones sobre terapias familiares, comunidades terapéuticas, etc. Surge así el **psiquiatra dinámico** representado por la figura de Alexander.

En 1955 el Congreso de los EE.UU., decide la formación de una comisión especial, integrada por representantes de las asociaciones que se relacionen con la Salud Mental

* Datos extraídos de entrevista al Dr. Franco Rotelli, actual director de los Servicios Psiquiatricos de Trieste, funcion que desempeña desde los años 80, en revista Arje N* 3, Colegio de Psicologos de E.R., dic. 1992

(psiquiatras, asistentes social, enfermeros, usuarios, etc.), para la realización de una evaluación completa y objetiva de la situación de la Salud Mental y las recomendaciones o medidas que se crean necesarias implementar a tal fin.

De ello surgen las necesidades de una modernización y apertura de los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad y la creación de servicios más dinámicos que pudieran asegurar la atención de los pacientes en las proximidades de su domicilio, para lo cual recomienda la creación de servicios que puedan funcionar en hospitales generales, centros periféricos, psiquiátricos, como medida para evitar internaciones y cronificación de pacientes.

El Grupo para el Desarrollo de la Psiquiatría, se encontraba muy ligado al partido Demócrata, el cual lucho siempre por una política social que fuese mas abarcativa, siendo el problema de los enfermos mentales, junto con otros temas de salud, incluida dentro de las propuestas de la plataforma democrática, en la cual se propugnaba la apertura de los psiquiátricos y creación de centros de Salud Mental.

Ya en la presidencia de EE.UU., Kennedy, presenta ante el Congreso un Programa Federal de Salud Mental, reclamando de los legisladores los fondos necesarios para su implementación. En octubre de 1963, pese a la oposición del Partido Republicano y la Asociación Médica de EE.UU., se aprueba el Programa Federal como "Ley Kennedy". Su implementación no será sencilla, y recién en 1965 (luego del asesinato del presidente) se implanta en todo el territorio.

La política que pone en marcha dicho plan tiene dos pilares fundamentales: la creación de Centros Comunitarios terapéuticos encargados de llevar adelante el nuevo sistema de

atención ensamblados en la sociedad y la desintitucionalización de los enfermos, es decir el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos y la recomendación especifica de disminuir las internaciones.

Con la asunción de Nixon, este proceso de expansión comienza a atenuarse y en algunos sectores a retraerse.

Si bien en EE.UU. no hubo cierre de hospitales psiquiátricos como en Italia, sí se logró una reforma interna de real importancia, que redundó en el mejoramiento de las condiciones de los internados y en la reducción en algunos años del número de camas a la mitad.

Una de las prioridades de esta reforma fue la implementación de Comunidades Terapéuticas en los psiquiátricos del Estado, y la creación de instituciones intermedias, que resultaban más ágiles y económicas, pero que con el tiempo, terminaron convirtiéndose en mini manicomios. En el proceso de constitución del corpus ideológico de la psiquiatría comunitaria norteamericana, a la par del desarrollo político institucional descripto, es necesario destacar la intervención de, por lo menos, dos profesionales por la importancia de su acción.

Ya durante la Segunda Guerra Mundial, Erich Linderman, propone una forma de intervención psiquiátrica preventiva que consistió en actuar sobre la familia, grupo social, escuela, etc. en el momento que surge alguna situación difícil o critica, que puede influir sobre los individuos y tornarse patológica y a la que denominó **intervención en crisis.**

Mas adelante, será Gerald Caplan, psiquiatra norteamericano, quien ha de proponer, el abordar los problemas de Salud Mental, con una actitud preventiva generalizada, en la

cual la comunidad se implique en cada uno de los niveles y surge así la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La intervención en crisis de Linderman y la psiquiatría preventiva de Caplan conformar la ideología básica de la ***psiquiatría comunitaria***, norteamericana, cuyo impacto en el tratamiento y la consideración de la Salud Mental trascenderá los aspectos legales, impregnando ciertos aspectos de la práctica profesional, incluso cuando la normativa legal no logre los resultados anunciados o retroceda hacia posturas más conservadoras.

El hospital psiquiátrico sobrevivió a las reformas de la psiquiatría comunitaria y podemos decir que nuevamente ocupa un lugar fundamental en la organización de la Salud Mental en EE.UU.

Creer que una política tan ambiciosa, como la que surge a partir de la Ley Kennedy, la cuál se mantuvo durante años, pudiese continuar en la actual sociedad norteamericana fue una ilusión, no obstante se produjeron cambios importantes como por ejemplo:

1. Se ha roto la hegemonía de la institución psiquiátrica, pudiendo compartir su funcionamiento con otras instituciones, abiertas a la comunidad.
2. Se ha modificado la población asistida.
3. El psiquiatra a perdido el poder absoluto que ejercía sobre la Salud Mental, con la incorporación de otros profesionales y técnicos.
4. El conocimiento y la incorporación de técnicas psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas, en la red social, ha modificado el oscuro rostro de la psiquiatría.

III- LO " PSIQUIATRICO '' EN LA ARGENTINA

El destino de los enfermos mentales en nuestro país, no fue muy distinto a los del resto del mundo, en cuanto a su tratamiento infrahumano, marginalidad, encierro.

Desde antes del Protomedicato creado por Vertiz en 1778, funciona en Buenos Aires, el Hospital General de hombres (con su patio de dementes) que da cabida a los enfermos mentales con dicha patología y el Hospital General de mujeres.

La reforma hospitalaria de Bernardino Rivadavia, contempla la triste situación de los alienados, y siguiendo las ideas de Pinel, se proyecta la Casa de Orates para enfermos agudos y el Asilo de Crónicos e incurables; que con la crisis y caída del Presidente pasan al olvido.

En 1827 aparece el primer ensayo de psiquiatría escrito por un argentino y publicado en el país. La tesis de Diego Alcorta con su " Disertación sobre la Manía Aguda ", donde defiende las ideas de Pinel sobre la reforma hospitalaria y postula el tratamiento moral de los enfermos. Recordemos que Alcorta es reconocido por Gregorio Bermann como el primer psiquiatra y psicoterapeuta de nuestro país.

En la época de Rosas, su voz no se acalla, pero se va apagando lentamente y por un largo tiempo la psiquiatría queda detenida y, con él, el tratamiento moral.

Si desde diferentes campos de análisis se han generado intensas discusiones en la historiografía argentina a la hora de caracterizar la época de Rosas, sobre todo considerando el carácter despótico de su gobierno, desde nuestro campo puede resultar más sencillo.

Como es frecuente en las dictaduras, la enfermedad mental era un estigma y los epítetos de "loco, salvaje y traidor " se usaron a diario para caracterizar a los adversarios, que eran así definidos como enemigos en tanto escapaban a lo normal. El estigma de la locura aparece así legitimando la condena al enemigo político, y la declaración de demencia para la oposición unitaria, podía prescribir su internación manicomial y sellar su incapacidad civil.[10]

Luego de la caída de Rosas, en el período de organización nacional y de consolidación del Estado, marcado por el dictado de la Constitución Nacional en 1853 y la federalización de la ciudad de Buenos Aires en 1880, se reimplantan los estudios médicos, y si bien no se crea aún una cátedra de psiquiatría los estudiantes la aprenden indirectamente ya que los hospitales siguen albergando a los dementes.

El desarrollo institucional y la conformación del edificio jurídico del Estado, fue imponiendo la necesidad de perfilar una disciplina que permitiera empezar a comprender qué hacer con esas personas que estaban fuera de la norma.

Si se trata de señalar una fecha más o menos precisa de los comienzos del desarrollo institucional de la psiquiatría en nuestro país, hay que detenerse en la década del ochenta del siglo pasado, cuando comienza a distinguírsela en los estudios aunque todavía como una parcela no autónoma de la medicina, más precisamente de la medicina legal. A mediados de esa década, contenidos específicos de la disciplina integraban el programa de la Cátedra de "Medicina legal, higiene e historia de la

[10] Profesor Ricardo Horacio Etchegoyen (Mendoza). " *Estado Actual de la Psicoterapia en la Argentina* ", conferencia dictada en oportunidad de cerrar las jornadas Argentinas de Psicoterapia en Cordoba, en julio de 1962. Material de circulacion interna, Maestría en Salud Mental, U.N.E.R., Facultad de Trabajo Social, Parana (Entre Rios).

medicina" a cargo del Dr. José María Ramos Mejía en la Universidad de Buenos Aires.[11]

Otro antecedente de importancia es la creación, en 1886 y en la misma Universidad de Buenos Aires, de la cátedra de "Patología Mental". A propuesta de Lucio Melendez, por entonces director del "Hospicio de Las Mercedes" (actual Hospital Borda), quien será responsable de su organización y dictado de los cursos hasta su jubilación, en 1893, cuando lo sucede uno de sus mejores discípulo, Domingo Cabred, que estará a cargo de la cátedra hasta 1916.

Si bien Lucio Meléndez fue el gran impulsor de la asistencia psiquiátrica, corresponde a Ramos Mejía el intento de sentar Las bases de la neurología y psiquiatría científica, que habrán de desarrollar sus numerosos científicos, entre los que cabe destacar a José Ingenieros. Será Ingenieros, precisamente, quien (aparte de ocuparse de los aspectos sociales del hombre internado) funda en 1902 los " Archivos de Psiquiatría y Criminología ", donde se registrara la mejor producción Nacional.

Recordemos que a comienzos de siglo el reino del Estado liberal era indiscutido, por lo que, no existían las injerencias estatales en la salud como hecho primario, teniendo, como contrapartida, un rol central las sociedades de beneficencias y la Iglesia. Sin embargo, la gestión ministerial de Manuel Augusto Montes de Oca significó un apoyo fundamental para llevar adelante las propuestas progresistas que apuntaban a transformar la asistencia asilar, y en un proceso de recuperación social terminar con el asilo en la Argentina. En

---

[11] Jorge L. Pellegrini, *Lo institucional sanitario hoy en la Argentina, sus antecedentes históricos*, Material de circulacion interna Maestría en Salud Mental, U.N.E.R., Facultad de Trabajo Social, Paraná, 05/03/1993.

ese contexto debe inscribirse la creación de la **primera colonia agrícola** del país que llevará el nombre del ministro promotor (colonia "Montes de Oca").[12]

Cabred quien había estado en Alemania y observando allí una comunidad abierta, trata de implementar algo semejante en nuestro país y crea luego el " Open Door " (puertas abiertas), donde se repitió el sistema terapéutico, que se perdió con los años " que es el trabajo, al servicio de la dignificación de la persona ", como componente terapéutico básico, sin descartar por eso el aporte científico. Crea además las colonias de Oliva, Lujan, etc.[13]

Fue contribuyente en la misma dirección, la contraprestación ofrecida a los pacientes por su trabajo, a la manera de paga. Este sistema de reconocimiento monetario del trabajo producido por los enfermos, comenzará a deteriorarse con la creación de los "talleres protegidos", que pasan a explotarse empresarialmente dando trabajo a obreros y empleados del Estado y con la casi nula participación de los pacientes.

Se explica a través de la enorme obra e influencia de Cabred que el pensamiento anatomo-clinico, siguiera como dueño y señor de la enseñanza, sin lugar para las nuevas ideas que debían reemplazar el " tratamiento moral " por la psicoterapia.

En la década del 30, llegan al país Angel Garma y Celes Ernesto Cárcamo, con el propósito de hechar las bases del movimiento psicoanalítico, lo que marcará un gran jalón en el desarrollo de la psicoterapia.

Por entonces en Buenos Aires estaban en formación dos grupos entusiastas que se reconocían en los liderazgos de

---

[12] Angel Fiasche, *Historia de la ideas y practicas en Salud Mental en la Argentina*, Material de circulacion interna Maestría en Salud Mental, U.N.E.R., Facultad de Trabajo Social, Paraná (E.R.), 04/09/1992.
[13] Idem .

Arnaldo Rascowsky (psicoanálisis a problemas pediatricos) y Enrique Pichón Riviere, a la cabeza, que con la ayuda de Arminda Aberastury y un grupo de discípulos trata de llevar al hospicio las nuevas ideas, tratando de integrar lo social y lo psicológico.

En el interior las teorías de Freud, comienzan a conocerse a través de Gregorio.

Bermann, que es el primero en practicarlas en Córdoba y publica 1936 la revista ***Psicoterapia***. Esta primera revista en la materia del mundo de habla hispana, se publica durante dos años y se interrumpe por diversos motivos, entre ellos, por el alejamiento de su director que decide viajar a España para involucrarse directamente en la guerra civil en defensa de la causa republicana.

En 1942 se funda la APA (asociación Psicoanalítica Argentina), (con el refuerzo de Marie Langer que llega al país desde Viena) siendo Angel Garma, Arnaldo y Luis Rascovisky, Celes Ernesto Cárcamo, Marie Langer y Pichón Reviere sus miembros fundadores.[14]

Las contradicciones que la evolución del pensamiento analítico genero en el universo psiquiátrico, tanto institucional - estatal, como privado, ahondo diferencias y divergencias entre los sectores comprendidos con la Salud Mental.

El psicoanálisis fue desarrollando su área de influencia fuera de los hospitales psiquiátricos y de la problemática y programatica de la Salud en general, como así también es de destacar su apertura de aprendizaje a todas las ramas

[14] Ricardo Horacio Etchegoyen, " *Estado Actual de la Psicoterapia en la Argentina* ", op. cit.

humanísticas, rompiendo definitivamente con el modelo medico, como única propuesta en el campo de la Salud Mental.

En la década del 50, durante el gobierno del general Perón, todo este desarrollo sufre una cierta parálisis, por la gran presión del grupo de psiquiatras tradicionales de los dos grandes cronicarios (hospital Nacional Dr. José T. Borda y Hospital Braulio Moyano), pese a que se podría haber gozado de grandes posibilidades de cambio, ya que en este momento se contaba con la presencia de un ministro de salud innovador por excelencia como Ramón Carrillo, que hubiera favorecido este desarrollo con su apoyo.[15]

En esta época se lo expulsa al Dr. Pichón Riviere, (jefe del Servicio de la Adolescencia, de lo que hoy se llama hospital Borda), quien poseía no solo proyectos creativos e ideas innovadoras, sino un profundo sentimiento hacia todo lo referido a la solidaridad social.

A partir de allí y durante varios años, se producen movimientos de retrocesos y pequeños avances, pero sin cambios lo suficientemente significativos.

Si bien, en líneas generales, todos estos movimientos contribuyeron a que la disciplina ganara independencia, autonomía y categoría en la enseñanza, la separó de la clínica aislándola de la medicina general y de la integración del paciente.

Habrá que esperar a la vuelta a los hospitales generales en 1956, con Mauricio Goldemberg (había sido jefe de Servicio B 8 del Borda), quien gana un concurso en el policlínico de Lanus " Araoz Alfaro ", y allí comienza la integración de distintas corrientes, se desarrollan tareas de asistencia, docencia,

---

[15] Angel Fiasché, *Politicas en Salud Mental*, Lugar Editorial, Buanos Aires, 1994.

investigación y trabajo de campo; donde colaboran médicos psiquiatras, psicoanalistas, sociólogos y antropólogos.[16]

En el año 1957 se crea el Instituto Nacional de Salud Mental en la Argentina, organismo autárquico que centraliza en el país la asistencia psiquiátrica y la prevención de las enfermedades nerviosas y mentales, cuya estructura legal toma como referencia al Servicio Nacional de Salud Mental inglés organizado en el año 1944. En diciembre de 1963, el Ministerio de Salud Publica decidió su intervención.[17]

En el año 1958, en el gobierno de Arturo Frondizi, se creo el Primer Consejo Superior de Higiene Mental y la Asesoría en Salud Mental, cuya primera reunión se realizo precisamente en la ciudad de Paraná.[18]

La década del 60, puede ser considerada como la década de lo psicológico en la Argentina; ya que es por estos años cuando egresan los primeros psicólogos, se van a implementar los servicios de Psicopatologia en los hospitales generales, se crean los primeros Centros de Salud Mental.

Bajo la dirección del coronel Estevez, se dará impulso nuevamente al Instituto Nacional de Salud Mental y será bajo dicha dirección que se promueve el plan de Salud Mental de 1967, con la incorporación de Comunidades Terapéuticas en los hospitales psiquiátricos, hecho difícil de entender, que una reforma con tintes tan democráticos como estas, sé de precisamente bajo un gobierno militar.

---

[16] Lía Ricon, Silvia De Segni y colaboradores; *problemas del campo de la Salud Mental*, Paidos Psiquiatria, psicopatologia y psicosomatica, Buenos Aires 1981.
[17] Gregorio Bermann, *La Salud Mental y la Asistencia Psiquiatrica en la Argentina*, Paidos, Buenos Aires, 1965.
[18] Entrevista realizada al Dr. Eduardo Barbagelata, Parana, 20 de Agosto de 1996 y 14 de marzo de 1997.

Se incorpora en la carrera de medicina la cátedra de psicología medica, ingresan psicólogos a los hospitales psiquiátricos. Se funda la Federación Argentina de Psiquiatras.

IV- DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL EN PARANA (Entre Ríos)

La marginalidad del " loco ", como hecho registrado en todo el mundo y sus formas precarias e inhumanas de asistencia, no han sido la excepción en esta provincia.

Según algunos testimonios orales, los orígenes de la psiquiatría en Entre Ríos, se remontarían al año 1928 aproximadamente, con el problema de la sífilis, la que llevaba a que la gente que no era tratada, en su periodo cuaternario, desarrollara la llamada " locura sifilítica ". La familia tenia que soportar no solo ataques de los enfermos, sino de los familiares en todo lo vinculado con el prejuicio, el sexo, la ética, el comportamiento antisocial y agregado el peligro de contagio; Por lo general se trataba de pacientes de familias de escasos recursos.

Estos pacientes eran dejados en la calle, donde deambulaban. La policía los recogía y encerraba en las cárceles; o con mejor suerte en el hospital de Caridad, donde sé nucleaban diagnósticos heterogéneos tales como la lepra, T.B.C., demencias, venéreas, etc.[19]

Es la época del predominio esencial del pensamiento positivista. En el plano de las ciencias de la salud el método por excelencia era el método experimental, que había logrado grandes avances, por lo tanto, para explicar la conducta de los sujetos había que apoyarse en dicho método, si se quería tener seriedad y aquello que no era naturalmente demostrable carecía de rigor científico. El descubrimiento del treponema pallidum, generador de la sífilis, que en su forma cuaternaria, produce la locura sifilítica por deterioro del Sistema Nervioso

[19] Entrevista realizada al Sr. Daniel Friedrich, Parana, 15 de julio de 1997.

Central, produce una verdadera revolución: la ciencia positiva demostrando la locura.

En junio de 1933, el gobernador Dr. Luis Etchevere designa una comisión asesora, que tiene a su cargo la elaboración de un plan sanitario, que comprende además la construcción de un establecimiento para enfermos mentales, a fin de dar una solución a este problema y se crea así el " Refugio de Alienados " en Rosario del Tala (E. Ríos)en el centrosur de la provincia, que empieza a funcionar, en 1937, en el gobierno del Dr. Eduardo Tibiletti. Se trata de la primera institución de este tipo, pero sólo atendía a hombres y no alcanzaba a ofrecer una solución para el conjunto de la provincia, manteniéndose el problema en la ciudad capital.

En 1937, en la intendencia de don Francisco Bertozzi, se crea en Paraná el "Refugio de Alienados", que era exclusivo para mujeres. Como edificio se utiliza una antigua licoreria de la calle Deán J. Alvarez. En lo que había funcionado como salones de venta de la licorería, se ubicaron los consultorios y la parte administrativa; mientras las salas para los pacientes ocupaban el lugar, precariamente reacondicionado, de la caballería (en desuso) y del galpón donde estaban los elementos de reparto y depósito en general.

El local era alquilado además de precario, y la atención brindada muy escasa. Más bien era un depósito de enfermos. Contaba solo con un baño y adolecía de necesidades mínimas tales como luz eléctrica.

Administrativamente era un hospital municipal. Entre el personal se contaba con un director el Dr. Guillermo Mors (medico de policía), tres enfermeras y una cocinera.[20]

[20] Entrevista realizada al Sr. Daniel Friedrich, Parana, 15 de julio de 1997.

A mediados de la década del cuarenta, dada la necesidad de atender a un numero mayor de enfermos y las condiciones edilicias que distaban mucho de ser las ideales, se comienza la búsqueda de otro lugar.

En esos años, la política del gobierno nacional, había llevado al cierre de los prostíbulos y por lo que se consigue en alquiler un local en calle Diamante, que había sido sede del prostibulo "La Francesa " A ese edificio se le anexa un galpón, que precariamente sé lo reacondiciona para ser utilizado como sala.

Para consultorios externos, se alquila una pequeña casa enfrente, donde se atiende a hombres y mujeres, a pesar de que la internación sigue siendo sólo para mujeres.

Aproximadamente contaba con 70 camas y la modalidad era de puertas cerradas. Si bien el edificio era mejor que el anterior, las condiciones seguían siendo muy precarias. Contaba con un único baño que cuando se inundaba anegaba todo el patio, y los olores nauseabundos del arroyo que pasaba por detrás eran constantes.

El Dr. Cresto Zaballa, oriundo de Paraná, pero residente en Rosario, auxiliaba psiquiátricamente cada 15 días, y lo acompañaba, en iguales condiciones ad-honoren, el Dr.Valentin Volpe que se desempeñaba como practicante mayor en la misma ciudad. Poco después, ingresaron los doctores Eduardo Barbagelatta, Miguel Angel Rivas, Jaime Waissman y. Oscar Cook. A cargo de la dirección continuaba el Dr. Mors.

Con el ingreso de médicos psiquiatras, comienza a mejorar la atención y el tipo de tratamientos que se realizaban; era la

época del electroshock; la insulinoterapia y ya se contaba con algunos psicofarmacos, lo que fue de gran ayuda.[21]

Con la Revolución Libertadora que derroco al gobierno constitucional de Juan Domingo Perón en septiembre de 1955, interviene la provincia una junta militar integrada por el Coronel Eduardo Pimentel y el Comodoro Raúl Alberto Masramon. Días después es designado con el cargo de interventor el general de brigada Manuel María Calderón.

Según relato del Dr. Eduardo Barbagelata es en este momento donde comienza a gestarse el cambio que dará lugar a un verdadero Hospital. En ese relato, Barbagelata refiere de manera anecdótica la forma en que el interventor a cargo del gobierno provincial se interiorizó del problema de la atención de la salud mental:

– "Se nos ocurre ir a verlo y le hago la historia del hospital, y me pregunta: – ¿Dónde está ubicado? Bueno, yo voy a ir a visitarlo. Cuando vio el frente ya no quería entrar. Dijo: –Esto es una inmundicia. ¿Cómo pueden vivir seres humanos acá?. Entonces le encarga al mismo Barbagelata que se ocupe de proyectar un hospital, que él –el gobernador– iba a hablar con el ministro de Economía.

Con ese respaldo, se comienza a enviar cartas a Alemania, España, Rusia, Portugal, etc., pidiendo proyectos de arquitectura de última generación, que se utilizaba para los enfermos mentales; A los que se recibe pronta contestación.[22*]

---

[21] Entrevista realiza al Sr. Norberto Diaz, Parana, 30 de octubre de 1996, al Sr. Daniel Friedrich, Parana, 15 de julio de 1997 y a al Sra. Angela de Mangona, Parana, 7 de Agosto de 1997.

[22] Entrevista realizada al Dr. Eduardo Barbagelatta, Paratá, 20 de agosto de 1996 y 14 de marzo de 1997.

* Los datos politicos de Entre Rios, se encuentra en los libros de Ofelia Sors, Parana, Dos siglos y cuarto de su evolucion urbana 1730-1955; imprenta Los Graficos, Victoria, Entre Rios, 1994, y en Parana Despues del Tunel Subfluvial 1960-1990; imprenta, Los Graficos, Victoria, Entre Rios, 1993.

IV.1- **El nuevo hospital esta en marcha**

El material recibido fue revisado por los arquitectos Hugo R. Ocampo y Lelia G. De Barraco Mármol.

El proyecto originalmente fue más ambicioso, pero debió ser reducido a las posibilidades del gobierno en ese momento.

Para el emplazamiento del Hospital se elige la zona del Brette, en las proximidades del actual túnel subfluvial. Era una zona de quintas con terrenos inundables que se fueron recuperando para dicho fin, y lo suficientemente alejado del casco urbano. Con la separación de la trama urbana se cumplía con el antiguo mandato de "poner afuera" a este tipo de hospitales. Aduciendo la necesidad de tranquilidad para los pacientes, se aislaba y marginaba lo que no se debía ver (ubicación según datos de catastro Cfr. Apendice).

En 1958, se comienza la construcción del nuevo edificio.* Por entonces la Argentina vive la multifacética experiencia del frondicismo, que promueve un cambio impactante en el campo económico mientras la Argentina ingresa en una crisis política sin fin. Más allá de las transformaciones económicas y la permanente crisis política, el campo científico argentino vive por entonces una verdadera primavera cuyos rasgos más pronunciados están en la promoción estatal, para lo cual se organiza el CONICET, y en el florecer de la actividad académica universitaria, que se extenderá hasta 1966 cuando el golpe de

---

* Por Decreto N* 2002 del 28 de abril de 1959, el gobernador de la Provincia de Entre Rios, clasifica al Hospital Neuropsiquiatrico " Dr. Antonio Roballos ", como establecimiento medico especializado; archivo de la Provincia de Entre Rios.

Onganía clausure esta experiencia dando inicio al exilio de muchos de los mejores cuadros científicos argentinos.

Es importante destacar este aspecto de primavera científica y cultural que caracteriza a lo que se ha englobado como los años sesenta, por que allí reside una de las claves de comprensión de la renovación que vivirá la psiquiatría, con avances y retrocesos, como parte, en realidad, de lo que está sucediendo en ese ámbito más amplio de conformación del campo científico y cultural.[23]

El frondicismo entrerriano había conquistado con el Dr. Raúl Lucio Uranga la gobernación, y será bajo su gobierno que se dará inicio a la obra del nuevo hospital. Como es sabido, en marzo de 1962 un golpe de estado desplazó de su cargo al presidente Arturo Frondizi, quien es reemplazado por el senador José María Guido. En esa oportunidad la provincia de Entre Ríos es intervenida destituyéndose al gobernador Uranga. A la vez, la anulación de las elecciones que acababan de realizarse, impidió la posibilidad de sostener la continuidad institucional con la asunción del gobernador electo. Hasta las elecciones de 1963, que en el ámbito provincial y nacional darán el triunfo al Radicalismo del Pueblo, la provincia estará gobernada por dos interventores federales: El general Carlos Jorge Rosas (1962) y el capitán Leandro Ruiz Moreno (1962-1963). Será durante el gobierno de este último que se habilitará el Hospital.

---

[23] Una lectura globalizante de esos años del posperonismo se encuentra en el libro de Luis Alberto Romero, *Breve Historia de la Argentina Contemporánea*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994. Un análisis más específico de las transformaciones en el campo intelectual en el período, en: Oscar Terán, *Nuestros años sesenta. La formación de la nueva izquierda intelectual en la Argentina, 1955-1966*, Puntosur Editores, Buenos Aires, 1991.

El miércoles 20 de marzo de 1963, se produce el traslado de 170 pacientes del hospital psiquiátrico de calle Diamante, al nuevo edificio y el domingo 24 de marzo del mismo año, se lleva a cabo la inauguración oficial, con la bendición del Arzobispo Monseñor Adolfo Tórtolo y contando con la presencia del Interventor Federal, ministro de Hacienda, Economía y Educación, subsecretario de gobierno a cargo de la subsecretaria de Salud Publica, jefe de policía de la provincia, intendente municipal, director y personal del hospital, entre otras autoridades. [24]

La institución continuaba bajo la dirección del Dr. Mors, y durante varios años solo se contó con un pabellón habilitado manteniéndose la exclusividad para el alojamiento de pacientes de sexo femenino.

Para los pacientes que venían del antiguo hospital la mudanza significaba un cambio importante. Los salones fueron reemplazados por habitaciones de cuatro camas, ganando así una privacidad desconocida hasta entonces. A su vez, las mayores dimensiones del nuevo edificio y el paisaje abierto ofrecido por lo despoblado de la zona, contribuían a generar un nuevo clima.[25]

Por Decreto N* 7935/ Exp N* 02421 de fecha 29/12/65, se equipa el hospital en cuanto a inmobiliario, completando así la organización edilicia básica. Sin embargo un año después los pacientes seguían aun durmiendo en las viejas camas traídas de calle Diamante y usando otro mobiliario de la antigua sede. De

[24] Información obtenida de *El Diario*, Paraná, Domingo 24 de marzo de 1963, pag. 4

[25] En los testimonios que hemos recogido en las entrevistas se destaca lo impactante de este cambio. La sorpresa de los pacientes al mirar por las ventanas el campo circundante y, también, las dificultades de ubicación que tenían los enfermos acostumbrados a espacios extremadamente reducidos ("hasta se perdían para ubicar su habitación").

acuerdo a la información obtenida, la demora responde a razones "técnico-administrativas" algo absurdas en el caso de las camas, que "no se sabían armar"; y a razones médico-administrativas en el caso de las sillas y mesas individuales del nuevo hospital, cuyo uso no se aprovechaba por temor a que los pacientes se agredieran.[26]

En el nuevo hospital, no se incorpora en los primeros años personal, siguiendo con la tradición de los hospitales anteriores, en los que las funciones de enfermería, cocina y maestranza no estaban claramente diferenciadas en perjuicio de la calidad de atención en general. Será recién a partir de 1967, con la incorporación de nuevo personal, que cada uno comenzara a desempeñar roles específicos. Las puertas de las salas estaban cerradas con llave; se abrían en horarios específicamente determinados, como para ir al comedor, oportunidad en que las enfermeras hacían un cordón humano para retener y controlar a los enfermos.[27]

Como se percibe en los párrafos anteriores hay uncambio importante pero en un contexto de continuidad. El personal seguía siendo el mismo que en el hospital anterior, con un modelo psiquiátrico tradicional, basado en métodos físicos (electroshock, shock insulinico, abscesos de trementina, encierro, castigos), sumando a esto, serias dificultades y diferencias entre los profesionales. Como sostienen los asesores de la O.S.P / O.M.S. Garcia Buñuel y Fernando Duran: " El nuevo hospital recibió sus primeros pacientes psiquiátricos en el año 1963; cuando unas cien mujeres fueron

[26] Entrevista realizada a la Sra. Raquel F.de Basso, Paraná, 4 de septiembre de 1997.
Y a la Sra. Angela de Mangona, Parana, 7 de Agosto de 1997.

[27] Idem 26.

trasladadas al Roballos; desde un viejo grupo de edificios que, en otros tiempos sirvió a la comunidad como una notoria casa de prostitucion. Roballos, desde ese momento, opero como un cronicario, donde la única ventaja sobre la antigua casa era la de almacenaje más cómodo para las abandonadas ruinas humanas a quienes abrió sus puertas. Esta forma de almacenaje, continuó, sin interrupción en los años subsiguientes ".[28]

Dada la situación asilar del hospital y los graves conflictos internos, se jubila el Dr. Mors (jubilación forzada a pesar de que ya estaba en condiciones de retiro), y en 1967, a pedido del entonces secretario de Salud Publica, Dr. Carlos Raspini Crespo, el Instituto Nacional de Salud Mental (I.N.S.M.) propuso (el 15 de junio) como interventor del hospital al Dr. Luis Cesar Guedez Arroyo. Este profesional acababa de ser nombrado en el Instituto como jefe del Departamento de Programación y Evaluación, quien fue en consecuencia contratado por la provincia, según consta en Decreto N* 3752 de fecha 26 de julio de 1967, donde se estipulan las condiciones y el tiempo por el cual se contrataba a dicho profesional. El nombramiento será ratificado por un nuevo decreto 4046 del 18 de Agosto de 1967.[29]

En el mismo decreto N* 3572 de 26 de julio de 1967, se especifica, la pronta habilitación de la Colonia Federal, para alojamiento de pacientes dementes crónicos; que el Neuropsiatrico Nacional de Villaguay seria destinado a la asistencia de los enfermos geriátricos con problemas mentales y el hospital Neuropsiquiatrico " Dr. Antonio Roballos " para la atención del enfermo mental agudo.

---

[28] Luis Cesar Guedez Arroyo, *Experiencia en Psiquiatria Comunitaria*, sin datos editoriales, pag. 20.
[29] Decretos de gobierno de la Provincia de Entre Ríos, en Archivo de la Provincia de Entre Ríos.

IV.2- **Comunidad Terapeutica**

El 1ero de Agosto de 1967, comienza a desarrollar sus funciones el Dr. Guedez Arroyo, medico psiquiatra de origen peruano, residente en Buenos Aires, quien había estado becado en EE.UU. Trae a Paraná un Modelo reformista en la línea de la psiquiatría social - comunidad terapéutica.

Ambos términos se utilizan habitualmente como sinónimos y creemos importante detenernos a pensar a que refieren.

Según Jurgen Ruesch describe a la psiquiatría social, como la unión de la psiquiatría con las disciplinas sociales, unión que no se va a concretar solo por las actividades que se desarrollen, sino como por un punto de vista, entre los cuales tenemos el sociológico, antropológico, epidemiológico, preventivo, educativo, político.

El termino psiquiatría social implica que la psiquiatría pone especial atención en el ambiente social del paciente.

De los estudios coordinados de la psiquiatría y ciencias de la conducta, el ambiente social hospitalario, llego a ser visto como complementario de otros métodos de tratamiento y comenzó a surgir él termino de comunidad terapéutica.

Maxwel Jones, quien popularizo él termino de comunidad terapéutica, se refiere a este tipo de tratamiento de la siguiente manera: "parece que en algunos o casi todas las condiciones psiquiátricas existe mucho para aprender sobre la conducta del paciente, cuando se lo observa en un medio social o familiar relativamente común en cuanto a sus formas usuales de hablar con otras personas o frente a reacciones ante ciertas tensiones. Si el paciente puede conocer el efecto de su conducta sobre otros individuos y se lo ayuda a comprender

algunas de las motivaciones que dirigen sus actos, la situación que deviene de este entendimiento es potencialmente terapéutica."[30]

Para este autor, este podría ser considerado como un rasgo distintivo de la comunidad terapéutica.

El Dr. Guedez Arroyos expresó fundamentos básicos, sobre los cuales se apoyo su trabajo en esta nueva línea diciendo que los conceptos de Comunidad Terapéutica, " se aplicaron a la organización y desarrollo de todos aquellos aspectos sociales y culturales, que podrán ejercer alguna influencia en el tratamiento de los enfermos mentales ".[31]

La finalidad primordial es mantener un **medio lúcido**, para lo cual se trató de crear una determinada estructura social, que permitiera el desarrollo de un conjunto de actividades programadas, con el fin de "ejercitar relaciones humanas constructivas, satisfacción de necesidades emocionales, reducción de conflictos psicológicos y fortalecimiento de las funciones del yo de los enfermos.

Si bien como lo expresa Maxwel Jones, los pacientes tienen cierto potencial terapéuticos que puede ser desarrollado bajo constante supervisión profesional, deberá organizarse una estructura por medio de la cual, se incremente al máximo, la contribución del paciente en su tratamiento.

Con este fin, se trató de desarrollar la capacidad de interacción individual, grupal y social de todos los miembros de la Comunidad Terapéutica, para ello fue necesario que tanto el paciente como cada uno de los integrantes del personal, cumpliera una función determinada, (lo cual se evaluaba

---

[30] Maxwell Jones, Psiquiatria Social, Ed. Escuela, Buenos Aires 1967.
[31] Luis Cesar Guedez Arroyo, Experiencia en psiquiatria Comunitaria. Op. cit.

cuidadosamente), con el fin de estimular en el paciente la expresión de su conducta o su forma de interaccionar con los distintos grupos.

La Comunidad Terapéutica era entendida como un tipo especial de **terapia ambiental**, y todas las actividades que se desarrollaron en el hospital, pasaron a formar parte del proceso terapéutico.

"El concepto de que las personas pueden aprender, cambiar y madurar como resultado de sus expresiones y relaciones interpersonales y sociales, estuvo siempre presente y permitieron comprender que las enfermedades mentales, además de sus determinantes intra-psiquicas, deben ser consideradas en gran medida como fenómenos interpersonales y sociales".[32]

Existe, de hecho, la posibilidad que cualquier relación interpersonal sea o no terapéutica, pero si se cuenta con el acompañamiento de personal entrenado, con la colaboración planificada de pacientes y personal y con un ambiente hospitalario propicio, las posibilidades de que la experiencia sea terapéutica se incrementan.

En el Hospital A.Roballos, la Comunidad Terapéutica se aplicó con un manejo científico, de un ambiente deseado, que permitiera producir cambios en la personalidad del paciente, ofreciéndole a través de las múltiples actividades programadas, oportunidades para aprender a fortalecer él yo, mediante la confrontación de crisis graduadas aportadas por una serie de experiencias vitales.

En el desarrollo de una Comunidad Terapéutica, como en la vida cotidiana, se presentan situaciones determinantes de crisis, con las cuales el paciente debe enfrentarse, con toda

[32] Luis Cesar Guedez Arroyo. Op. cit.

la carga de tensión o inadaptación que las mismas generan, pero será apoyado mediante la observación, explicación e intervención oportuna.

La columna vertebral de la Comunidad Terapéutica, era el programa de Terapia Ocupacional y en dicha experiencia, se valorizó más la capacidad laboral del paciente, que su diagnostico clínico.

No se puede hablar de una Comunidad Terapéutica dentro de los límites de un hospital, si no se crean las condiciones necesarias para su apertura a la comunidad extra-hospitalaria, si no hay un compromiso de la sociedad de participación activa, no es posible cambiar la imagen tradicional de un psiquiátrico

"Lo más importante de éste enfoque consiste en tratar al enfermo como a nosotros mismos. Pero tratar al enfermo como a nosotros mismos, significa desafiar con inusitada violencia, las rígidas estructuras tradicionales de la asistencia psiquiátrica manicomial".[33]

Esto lleva a reflexionar sobre otro punto que se consideraba de gran importancia y como principio guía, que es el concepto de **permisividad** que significa tolerar algunas conductas desviadas y ciertos actos que normalmente son inaceptables, con la finalidad, de facilitar su expresión, para descubrir las causas que las generan y poder aprender a controlarlas, lo cual no implica una falta total de límites, ni que dicho concepto, se deba a un vacío de autoridad.

"La finalidad de la organización democrática de la Comunidad de ninguna manera ha de permitir abolir la autoridad, sino que ha de ganarse el permiso para ejercerla".[34]

---

[33] Luis Guedez Arroyo, op. cit .
[34] Luis Guedez Arroyo, op. cit.

Basándose en estos conceptos, se trata de desarrollar este nuevo enfoque en conceptos administrativos, en cuanto a teoría y práctica en Servicios de Salud Mental y psiquiatría, que fue pionero en un manicomio en el país.

No fueron pocas las dificultades para la implementación del nuevo modelo, entre las cuales sobresale la estructura de recursos humanos heredada acumulativamente de las gestiones anteriores.

Desde todo punto de vista, resulta casi imposible poder realizar este cambio, con el personal existente en el hospital en ese momento. Además que la experiencia requería no sólo de profesionales y técnicos preparados en la dirección del Proyecto, sino también dispuestos a permanecer la mayor parte del día en el hospital, asumiendo una tarea prácticamente full time reñida con la práctica tradicional del personal.

Gracias a que se contaba con apoyo político, especialmente de los niveles técnicos de las áreas de salud gubernamental, se logra la incorporación de dos becarios facilitados por el Instituto Nacional de Salud Mental, un Psiquiatra y una Técnica en Estadística para la Salud, un terapeuta ocupacional, una enfermera universitaria y un maestro normal con capacitación psicopedagógica cedido en comisión por Consejo Nacional de Educación. Este nuevo cuerpo profesional se integraba al personal ya existente, junto a otros nuevos profesionales, técnicos, estudiantes y voluntarios, llegando a contar con un total de 145 trabajadores, muchos de ellos ad-honoren.

Es importante poder observar el cuadro comparativo del personal con que contaba el hospital de acuerdo a su estructura

anterior, (Cuadro 1) y el que se incorpora (cuadro 2), dado que el mismo nos va perfilando el nuevo modelo.[35]

CUADRO N* 1	
Medico Director	1
Jefe de Servicio	2
Médicos Asistentes	3
Enfermeras	22
Empleados Administrativos	9
Personal de Servicio	28
Personal de Maestranza	3
Clero	1
TOTAL	69

CUADRO N* 2	
Médicos	13
Psicólogos	2
Psicopedagogos	3
Asistentes Social	4
Terapistas ocupacionales	1
Estadística	2
Ayudante Estadística	4
Ayudante T. Ocupacional	12
Educadores Sanitarios	2
Odontólogos	2
Bioquímicos	1
Enfermeros	33
Personal de Servicio	35
Personal de Maestranza	9
Religiosos	2
Voluntarios	10
TOTAL	135

Con esta dotación la relación personal-paciente fue de uno a uno. La incorporación de personal profesional y no profesional de otras disciplinas, fue realizado con el fin de evaluar su aporte en el tratamiento de pacientes internados.

La incorporación del Psicólogo fue destacable, dado que hasta 1967, no se había considerado esta necesidad en los planteles de los establecimientos del Instituto Nacional de Salud Mental.

[35] Luis Cesar Guedez Arroyo, op. cit. Pag 21-22.

Ingresan por primera vez, residentes médicos, en numero de 6 (seis) ➪ Dr. Prietto, Lecot, Sciola, Sabattini, Lopez Rosa y Magnoni; Como instructor el Dr. Rosso que viene de Buenos Aires donde había terminado su residencia.[36]

Entre las innovaciones más importantes que se produjeron con el fin de llevar adelante el proyecto, se pueden mencionar:

Apertura de las puertas de la sala del hospital, las cuales permanecían abiertas las 24 horas, cerrándose con llave solamente de noche la puerta de entrada principal que comunicaba con las dependencias administrativas.

Esto generó que en un primer momento, pacientes que durante años permanecieron encerradas, corrieran por el campo, explorando la zona, volviendo luego a su lugar, a los cuales ya estaban acostumbrados.[37]

Si bien el personal de enfermería, en un primer momento también experimentó ciertos temores, rápidamente pudo adaptarse, e incluso aliviarse al dejar de cumplir el doble rol de terapeuta y de carcelero para el cual había sido entrenado. Se empieza así a vivir una situación de mayor confianza, sobre la base de un mayor respeto del paciente por parte de aquel que lo cuidaba.

Se cambiaba el término "fuga" del paciente, por el de "abandono voluntario" del hospital, hecho que enfermería sabía que podía ocurrir pero que, sin embargo, se produjo en una escala cuantitativamente controlable.

Creo que es muy importante tener en cuenta esta nueva figura del "abandono voluntario", ya que el término "fuga"

---

[36] Entrevista realizada al Sr. Cesar Sabattini, Parana, 15 de marzo de 1997.
[37] Entrevista realizada, Sra Raquel de Basso, Parana (E.R.) 12 de septiembre de 1997.

correspondía al sistema carcelario. De un lugar "abierto" nadie se fuga, en todo caso hace abandono.

Como consecuencia de esta política de puertas abiertas se pudo detectar una disminución de la agresividad de los pacientes, y la no sumatoria a su patología de base de síntomas producidos por el confinamiento, la frustración, el aislamiento. Esto ya fue comprobado por Pinel, con el solo hecho de romper las cadenas de los pacientes que durante años habían permanecidos encadenados por su alta agresividad.

Pero, todo este dispositivo de cambio perdería su sentido, sino está sostenido por una organización, y puede incluso tornarse peligroso y dar un resultado inverso al buscado. Precisamente por esto, el objetivo que ordenaba el dispositivo era mantener al paciente levantado y activo, ofreciéndole un programa completo de Terapia Ocupacional y actividades sociales, orientado integralmente a su rehabilitación.

Ante todo esto surge el interrogante: ¿qué pasaba con aquellos pacientes que ingresaban con grandes cuadros de excitación y era, por lo tanto, imposible su integración al nuevo orden planteado?. Para ellos siguieron existiendo piezas de aislamiento, a fin de preservar la integridad física del paciente y del resto de las personas; pero nunca permanecían en ellas más de 48 horas continuas.

Otro aspecto importante del Proyecto es la implementación de equipos interdisciplinarios de trabajo en Salud Mental, con el fin de desarrollar al máximo la capacidad de interacción individual, grupal y social de todos los miembros de la comunidad.

Tanto el paciente, como cada uno de los integrantes del personal cumplían una función determinada. De esta manera se

estimulaba en el enfermo la expresión de su conducta o la forma de interacción, que caracterizaba sus relaciones sociales antes del ingreso.

Se utilizaron muy pocos psicofármacos y no se aplicaron tratamientos físicos de ninguna clase.

Se habilitó un nuevo pabellón para pacientes de sexo masculino, en un manicomio que desde sus inicios había albergado sólo a mujeres. Este nuevo modelo partía de una concepción que ponía a la par a la sociedad y el hospital. Si la sociedad se compone de hombres y mujeres, los hospitales psiquiátricos, organizados como comunidades más pequeñas de la sociedad que representan, deberían incluir ambos sexos, ofreciéndoles a través de sus programas terapéuticos amplias oportunidades para el contacto social entre los sexos; sin que ello halla desencadenado "promiscuidad sexual".[38]

Se dio el alta a pacientes considerados crónicos, lo que permitió la admisión de pacientes "agudos"; y se eliminó la clasificación tradicional de pacientes: "recuperables a corto, mediano y largo plazo".

En Agosto de 1967, se estableció un departamento de estadísticas, lo que permitió una organización en todo lo referente a esta área.

Se reemplazó el antiguo cerco de alambre, que rodea al hospital, por un cerco de madera, que es el que existe actualmente. Se realizaron arreglos en el comedor, implementándose un sistema de autoservicio, con buenos resultados.[39]

---

[38] Entrevista realizada a Norberto Diaz, Parana, E. Rios, 30 de octubre de 1996

[39] Entrevista realizada a Raquel de Basso, Parana, E.R., 12 de septiembre de 1997.

IV.2.1- Actividades que se desarrollaban

Se realizaban dos tipos de reuniones regulares entre pacientes y personal:

1. Reunión de Comunidad

Se realizaban todos los días de 08 a 09 hs. En ella participaban todos los pacientes en condiciones de hacerlo y todo el personal del hospital (excepto el personal que debía cubrir sus sectores, pero rotaban a fin de participar de esta actividad), a los que se agregaban visitantes de la comunidad extra-hospitalaria, lideres sociales y estudiantes de distintas disciplinas.

La dirección del Hospital ponía muchas expectativas en esta actividad y el respeto al cumplimiento estricto de la misma.[40]

Esta reunión de la comunidad es un mecanismo de consulta, que sirve de base para la toma de decisiones, y ofrece la oportunidad a quienes son directamente responsables de las mismas, de consultar con los que se verán afectados por ellas y cuyo concurso es necesario para que se cumplan. Permite compartir la información de la vida diaria del hospital y los problemas existentes, confrontando las fantasías con la realidad.[41]

---

[40] Guedez Arroyo, en su obra *Experiencia en Psiquiatria Comunitaria* insiste mucho sobre la importancia de estas reuniones diarias.

[41] Luis Cesar Guedez Arroyo, Op. Cit.

La reunión de la comunidad no es un espacio para la toma de decisiones, ni tiene funciones ejecutivas. Se trata, más bien, de un ámbito de discusión y procesamiento de los problemas diarios, del que surgían propuestas y recomendaciones para la dirección ejecutiva del hospital.

La participación de los pacientes y el personal en estos encuentros diarios estaba organizada por Comisiones y Grupo de Actividades (los que se iban rotando cada 2 a 3 semanas). Algunas de estas comisiones eran: la comisión de Recepción de pacientes, de Trabajo y Ornamento del hospital, de Recreación y Deportes, de Relaciones Públicas y Actividades Extra hospitalarias.

La tarea principal del coordinador y personal que asiste a las reuniones, consiste en concentrar toda la atención en los acontecimientos que tienen lugar aquí y ahora, tratando de captar el significado o el mensaje que los pacientes intentan trasmitir, esclareciéndolo y reiterándolo hasta que sea comprendido por todos. Todo lo cual responde a uno de los lemas ejes de los encuentros: "se debe mantener un *medio lúcido*". En las reuniones no se hacen interpretaciones, ni intentan llevar a cabo una función psicoterapeuta.[42] Si se lo hiciese el grupo se retrotraería provocando resistencias a enfrentar los problemas de la vida diaria del hospital. Una vez terminada cada reunión, el personal analizaba lo sucedido, como una forma de ejercicio de aprendizaje y mejoramiento de situaciones y roles.[43]

---

[42] Entrevista realizada a Cesar Sabattini, Parana, E.R., 15 de marzo de 1997.

[43] Luis Cesar Guedez Arroyo, op. cit.

2. Reunión de sectores

En este segundo tipo de reuniones el ejercicio se concentraba en grupos de no más de 15 pacientes. Se realizaban tres veces por semana, y en ellas, gracias al menor número de concurrentes se lograba una participación más activa y una observación más individualizada de aquellos pacientes (previamente seleccionados) que no se podían comunicar en la reunión de la mañana o que por distintos motivos no podrían concurrir (razones físicas o trastorno mentales difíciles de controlar).

Entre los otros grupos de actividades que se realizaban se pueden mencionar Grupos de Actividades dependientes del Departamento de Rehabilitación; Grupo de actividades de Terapia Ocupacional e Industrial; Grupo de actividades Psicopedagógicas; Grupo de actividades Sociales y Culturales; Grupo de actividades Recreativas y Deportivas.

Una de las mayores limitaciones de la experiencia de los Grupos de Actividades fue la escasez de recursos económicos, que resultaba un factor imprescindible para el sostenimiento de estas actividades. Las herramientas y materiales para los talleres se lograron por aportes de la comunidad, instituciones públicas oficiales y privadas que prestaron su colaboración, y por el aporte de la Cooperadora del hospital y de los propios pacientes que obsequiaban sus herramientas una vez dados de alta.[44]

Un buen ejemplo de cómo funcionaron estos grupos de actividades, es el de Terapia Industrial. Con la rehabilitación de un paciente que tenia un taller de cerámica y acepta

[44] Entrevista realizada a Raquel de Basso, Parana, E. Rios , 12 de septiembre de 1997

incorporarse al personal auxiliar del hospital, se da comienzo a esta actividad, aportando sus herramientas y conocimientos y enseñando el oficio a los otros pacientes. El producto de las ventas era repartido en partes iguales entre el "maestro" y los pacientes operarios. Surge así el "Primer Taller Protegido de Terapia Industrial".[45]

Los pacientes alternaban su trabajo con el estudio a cargo de psicopedagogos y educadores. El propósito fundamental de este espacio dedicado al estudio, no era que los pacientes reiniciaran o completaran lo que habían comenzado con anterioridad al ingreso al hospital, sino de una actividad más de resocialización. Aunque éste era el objetivo principal, el personal de psicopedagogía colaboró con la promoción de la escolaridad de los pacientes (e incluso del personal) que no habían terminado la escuela primaria, hasta lograrse la habilitación de una mesa examinadora especial por parte de las autoridades escolares provinciales para completar su escolaridad.

Un equipo de trabajo dirigido por Hugo Jaime, maestro normal con adaptación psicopedagógica y entrenamiento en clínica de enfermos mentales, se transformó en el pilar fundamental de este proyecto de la comunidad.

Otra iniciativa de la experiencia fue "el salón de belleza". El "salón" fue una de las acciones que colaboró más directamente a modificar el aspecto general de los pacientes, mientras se aprendía un oficio, para lo cual se contrato a una experta. A poco andar, el salón de belleza se convirtió en un servicio abierto a la comunidad, donde se cobraba un mínimo

[45] Luis Cesar Guedez Arroyo, Op. Cit.

arancel que se utilizaba para pagar al personal y adquirir los materiales de perfumería y cosméticos.[46]

El "Grupo de Actividades Sociales, Culturales, Recreativas y Deporte" fue el que contó con mayor número de adeptos y entusiasmo, y el que dio una apertura más pronunciada a la comunidad ya que en el grupo participaban no sólo los pacientes y el personal sino familiares, ex pacientes, amigos y visitantes.

Dentro del marco de las actividades de recreación, los pacientes invitaban a sus familiares y amigos para la reunión social del Hospital, donde ellos mismos actuaban de anfitriones, rol que aprendieron a desarrollar notablemente y donde vestían sus mejores ropas. Estas reuniones tenían lugar los días jueves por la tarde. Se iniciaban con algún numero artístico, cultural o deportivo, con la intervención de pacientes y personal, luego un lunch y finalizaban con un baile.[47]

IV.2.2- Normas de internacion y otras actividades

Existían ciertos requisitos básicos para tener acceso a la internación, entre los que se puede mencionar:

Admisión de pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años y no más de 65 años.

Pacientes con patología aguda. No se admitían, pacientes débiles mentales profundos y ancianos con demencia avanzada, mayores de 65 años.

---

[46] Entrevista realizada al Sr. Raul Russo y Juana de Russo, Parana, E.R., 22 de noviembre de 1997.
[47] Idem 46.

No era admitido ningún paciente, salvo raras excepciones, sin el apoyo de un familiar o institución responsable. El paciente debía traer una historia clínica del médico de familia o de su localidad de residencia habitual, a fin de preservar los vínculos socio familiares y laborales.

Consultorios externos: Se atendía Psiquiatría general, Psiquiatría Infantil, Psicología, Psicopedagogia, Odontología, Clínica Médica, Ginecología y Pediatría.

Actividad docente: Seminario de Salud Mental para religiosos; Asesoramiento a las escuelas; Seminarios de Salud Mental para médicos de localidades vecinas.

Servicios periféricos del hospital: Centro Municipal de Salud Mental de Viale; Centro de Salud Mental del Hospital centenario de Gualeguaychú; Centro de Salud Mental Municipalidad de Victoria.

Sociedad cooperadora: Desde los inicios del Hospital y sobre todo durante esta gestión la Sociedad Cooperadora del Hospital Roballos, trabajó con gran dedicación, contribuyendo al mejoramiento del Hospital.

Una agenda de la cooperadora dando cuenta de la intensidad del trabajo, puede construirse en torno a las siguientes actividades:

Colaboración en la organización de Ateneos, charlas, cursos y conferencias dentro y fuera del Hospital; participación y colaboración en eventos de fiestas patrias, día de la madre, Navidad, Año Nuevo; Reuniones benéficas, donde la

entrada consistía en ropas en buen estado para los pacientes más carenciados (hasta 1967, año en que la Dirección de Salud Pública de la provincia se hizo cargo del ropero); adquisición de colchones, máquinas de coser, tocadiscos, discos, calzados, mesas, bancos, sillas, estufas a gas, etc.; instalación de música funcional (amplificador, micrófonos, cambiadores automáticos, parlantes y receptores); instalación de un conmutador con 6 teléfonos; equipamiento de la biblioteca, organizando reuniones de canasta en el Club Social de Paraná cuya entrada era un libro, y recibiendo colaboraciones de librerías e instituciones; adquisición de materiales para Terapia Ocupacional, etc. En varias oportunidades, la cooperadora colaboraba también en el pago sueldos al personal en carácter de adelanto, sobre todo en los períodos notables de atrasos en los pagos. [48]

IV.2.3- Primer Centro Piloto Psiquiatrico Regional: apogeo y crisis de la experiencia comunitaria.

Dos meses después de asumir el Dr. Guedez Arroyo, expertos de la Oficina Sanitaria Panamericana de O.M.S., visitaron durante ocho días el hospital, para evaluar los cambios introducidos en su administración tendientes a su reorganización y al desarrollo de la Primera Comunidad Terapéutica que se estaba realizando en un Hospital

[48] Memoria de la Presidenta de la Cooperadora, Sra. Esmeralda L de Wildner Fox, leída ante la Asamblea general con motivo de su alejamiento del cargo, en el que había permanecido desde 1963 a 1970.

Latinoamericano, así como sus alcances como Hospital psiquiátrico proyectando hacia la comunidad, primero del país.

En noviembre de 1967 el jefe del departamento de Salud Mental de la O.M.S., Dr. Peter Baan, y el asesor psiquiátrico de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Rene González Uzcategui, examinaron el Programa Roballos y los informes de las consultores del OPS / OMS, García Buñuel y Duran aconsejaron su declaración como "Centro Piloto Regional".[49]

En enero de 1968, el Hospital Dr. A. Roballos fue inaugurado oficialmente como "Primer Centro Piloto Psiquiátrico Regional" de la Nación Argentina, en un acto al que asistieron el gobernador y altas autoridades provinciales.

Este es sin duda en muchos sentidos un punto culminante de la experiencia, sin embargo el recorrido que hemos realizado hasta aquí podría ser fácilmente discutido por ingenuo u optimista. El otro rostro de la experiencia comunitaria está dado por el impacto que su implantación trajo aparejado en las relaciones interprofesionales en el hospital. Obviamente, una experiencia como la descripta suscitó desde su puesta en marcha serios conflictos internos, generando resistencias y rechazos sobre todo entre los profesionales médicos.

Recordemos que al inaugurarse el nuevo edificio del Hospital en 1963, el cambio de sede no estuvo acompañado por un cambio equivalente en el proyecto médico con el que se regía la institución, e igualmente había continuidad en el personal de un edificio a otro.

---

[49] Memorándum Nº 27/69 para información del Sr. Ministros de Bienestar Social de la Nación, producido por el señor Director del Instituto Nacional de Salud Mental. , en Luis Cesar Guedez Arroyo, Experiencia en psiquiatria Comunitaria, Op. cit., Apendice.

El cuerpo de médicos psiquiatras que venía prestando funciones desde que el Hospital estaba en calle Diamante, estaba atravesado por serias diferencias, iniciadas seguramente por divergencias profesionales pero que alcanzaban un plano incluso personal. Esta situación fue generando no sólo un deterioro en lo asistencial, dado que con la mudanza sólo se modifica la estructura edilicia continuando con el mismo sistema carcelario y terapéutico, sino también en las relaciones humanas.[50]

Esta situación de crisis que la mudanza al nuevo edificio no logra superar, y que por el contrario se hace más visible al desaparecer la situación de deterioro edilicio que la disimulaba, provoca una intervención "fuerte" de las autoridades del gobierno provincial en 1967.[51]

Hablamos de intervención "fuerte" porque no se trata de un mero cambio en la dirección del hospital rotando el cargo entre los integrantes del enfrentado cuerpo médico, sino que, por el contrario, el nuevo director será alguien externo a la institución y con un Proyecto que se presenta como capaz de reorientarla totalmente.

En el contexto ya anticipado la "llegada" del Dr. Guedez, con su modelo reformista de psiquiatria social-comunidad terapéutica tan diametralmente opuesto a lo que se había venido sosteniendo durante años, no puede calificarse sino como una intervención fuerte.

---

[50] Entrevista realiada a Abel Baridon, Parana, E.R., el 23 de septiembre de 1998.
[51] La intervención sé efectiviza con fecha 1° de agosto de 1967.

Detengámonos ahora en el análisis del punto de encuentro-choque entre el proyecto reformista y el contexto en que debe insertarse.

La introducción de un agente externo, totalmente ajeno al contexto que puede verse como:

a) positivo, ya que el mismo al no estar contaminado por las conflictos existentes, puede tomar distancia y actuar con mayor libertad. Desde esta valoración, también podría interpretarse que, ante la crisis institucional, el personal pudo haber depositado en el agente externo una representación idealista de "líder salvador".

b) negativo, ya que el desconocimiento del medio concreto donde va a actuar modificando acciones tradicionales, pudo generar dificultades y obstáculos ya superados y desde aquí el riesgo de la no-aceptación del agente externo por parte de lo ya instituido y su consecuente rechazo.

La implementación del nuevo modelo hospitalario que traía el Dr. Guedez, que impuso con total decisión en brevísimo tiempo, produjo una situación tal de cambio, que provocó un quiebre o situación traumática, sobre la que se construiría el conflicto que sepultó la experiencia comunitaria.

Frente al nuevo proyecto impulsado por la dirección, los profesionales más tradicionales eran naturalmente opositores. Se trataba de dos concepciones totalmente divergentes del quehacer profesional. Pero la situación traumática provocada por tan radical cambio modificó el campo de conflicto en los términos que se había planteado hasta entonces, uniendo a un conjunto heterogéneo de profesionales contra lo que consideraban una intromisión. Desde la psiquiatría tradicional

se percibía así un nuevo enemigo, otro modelo médico corporizado en un sujeto concreto.

Sabido es que este tipo de cambios, sólo puede ser absorbido o entendido si se lo hace en una forma gradual, con sus tiempos, que permitiría a los individuos poner en juego sus mecanismos de adaptación en vías de un crecimiento.

Una característica central de la experiencia que nos ocupa fue precisamente su no gradualidad. El proyecto Guedez contaba con apoyo político en tanto aparecía como alternativa a la crisis que venía atravesando el hospital. Debía dar, por lo tanto, rápidos frutos; y ese fue el tono que la dirección impuso a su accionar.

Coexistían en el mismo lugar el modelo de psiquiatría tradicional y el modelo transformador de comunidad terapéutica, lo que desde todo punto de vista es imposible de sostener y un continuo generador de conflictos.

Los psiquiatras tradicionales no pudieron adaptarse a la brusquedad del cambio, y si bien en ciertas cuestiones pudieron acordar con el nuevo modelo, no fue esto suficiente como para apoyarlo globalmente.

Por su parte los médicos residentes, quienes se habían quedado sin instructor (que renuncia por diferencias con el Director), también comienzan a enfrentarse con la dirección, ya que según ellos querían aprender psicopatologia y lo único que se les ofrecía era actividades comunitarias, sociales; sumando a que durante seis meses no cobran sueldo, hace que algunos de ellos renuncien y amenazan con renunciar en masa.[52]

El carácter que Guedez impone a la dirección del hospital generará también un marco competitivo con los médicos del

[52] Entrevista realizada a Cesar Sabattini, Parana, E.R., 15 de marzo de 1997.

hospital más respetados profesionalmente. Y en esta cuestión, un elemento central siempre estará dado por el hecho de que el gobierno haya recurrido a un médico externo para la dirección; lo que era leído como desprecio por aquellos que se consideraban con mejores capacidades para dirigir los destinos de la institución. Uno de los médicos que hemos podido entrevistar sintetiza muy bien esta situación: "yo no puedo juzgar al Dr. Guedez, como médico y psiquiatra; pero como persona era algo muy especial. Lo mucho o poco que sabía, lo vendía muy bien. Por allí había gente que sabía más, pero no tenía esa capacidad de vender, y eso llevó a que la gente de golpe sintiera menospreciada su imagen".[53]

Toda estas situaciones, comienzan a deteriorar la comunidad, y se produce un conflicto de magnitud, ya que trasciende las puertas del Hospital y toma estado público. A través de solicitadas publicadas en diarios locales, se expresa el conflicto y se manifiestan posiciones en contra y a favor del director.[54]

Cuando el conflicto alcanza a los medios de comunicación masiva el gobierno decide intervenir. Por una parte inicia un sumario administrativo a los médicos firmantes de la solicitada contra la dirección, por haber hecho público la situación conflictiva. Según las autoridades de la secretaria de Salud Pública, se considera que tal actitud es sancionable por no haberse agotado las instancias administrativas, y es por ello

---

[53] Entrevista realizada a Luis Pettina, Parana, E.R, 15 de abril de 1997.

[54] La solicitada en contra de la dirección del hospital firmada por cinco profesionales, se publicó en *El Diario*, Paraná, 5 de mayo de 1968.
La solicitada a favor de la direccion del hospital, de los vecinos de Viale, poblacion proxima a Parana, se publico en El Diario, Parana, el 29 de julio de 1968. Existen varias solicitadas a favor de la direccion del hospital, que se registran en libro de Luis C. Guedez Arroyo Op. cit., apendice, se coloco solo una a manera de ejemplo.

que establecen una suspensión de seis meses a los médicos firmantes.[55]

Por otra parte, se decide la cesantía del interventor Dr. Guedez Arroyo, suspendiendo así el proyecto reformista. Por recomendación del Instituto Nacional de Salud Mental (I.N.S.M.), se designa como director hasta tanto se llame a concurso al Dr. Luis Pettina (que había regresado de Suecia dos meses antes y estaba como instructor de residentes del Hospital Moyano de Buenos Aires), quien se hace cargo de la dirección del hospital A. Roballos el 23 de septiembre de 1968.

El conflicto había alcanzado una magnitud extrema en los últimos tiempos cuando, al hacerse público el enfrentamiento, las diferentes posiciones se endurecieron; y como no podía ser de otra manera el principal afectado fue el Hospital. En este contexto se comprenden mejor las palabras del nuevo director al referirse a las condiciones en que encontraba el Hospital al asumir: "eran más o menos la de una ciudad saqueada, no había quedado nada, ni médicos (estaban sumariados) y casi no había pacientes. Estaba vacío, vacío de poder, vacío de autoridad, vacío de organización".[56]

En ese momento en el Hospital quedaban tres médicos residentes, los médicos de guardia y un residente del Moyano que había venido a colaborar por cuatro meses.

La situación no era fácil ya que el personal, sobre todo de enfermería, estaba dividido en pro y contra Guedez, y saboteaban el trabajo del nuevo director. La situación no se modifica hasta que se logra detectar el sabotaje por parte de

---

55 Según lo expresado en la solicitada en cambio, los autores señalan haber agotado todas las instancias antes de hacerlo público.

56 Entrevista realizada a Luis Pettina en Parana, E.R., el 15 de Abril de 1997.

la jefa de enfermería la cual es sumariada y dejada cesante. Recién allí puede empezar a encauzarse nuevamente el Hospital.

El director vivía con su familia en el Hospital y cuenta con la colaboración de su esposa que era asistente social psiquiátrica, quien reorganiza los departamentos de Trabajo Social, Psicopedagogia, taller literario, atelier de pintura.

Este nuevo Director, continua con el modelo de Comunidad Terapéutica, considerado por el mismo, como la única forma de poder ayudar a los pacientes en un hospital psiquiátrico. El mismo incorpora además de la atención individual de los pacientes, terapias grupales con técnicas psicodramáticas, (en las cuales tenía una vasta experiencia) para pacientes, y sociodrama para el personal, formando distintos grupos para el staf médico, enfermería, terapia ocupacional y mucamas (éste último a pedido de las mismas).[57]

Fundamenta dicho director la implementación de éstas técnica de trabajo con el personal, diciendo: para la existencia de un clima de armonía social(dentro de las limitaciones que él termino implica), tan necesario para el desarrollo de la Comunidad Terapéutica, el equipo no debe estar contaminado con "tensiones viciosas", lo que genera confusión e inestabilidad. Para resolver éstas tensiones, se implementó las técnicas de sociodrama.

Durante un mes se hace una exposición en un local céntrico, con fotos, maquetas del Hospital, trabajos de pacientes, organigrama, etc., atendido por los propios pacientes, con gran concurrencia de publico, dado que a raíz del conflicto que se había desatado en el Hospital, todo el mundo quería saber, que pasaba.

---

[57] Entrevista realizada a Cesar Sabattini, Parana, E.R. 15 de marzo de 1997.

Se concurre a un Congreso mundial de Psicodrama en Buenos Aires y se llevan 200 (doscientos) obras de artes hechas por los pacientes, se vendieron todas, 200 (doscientos) diarios mural y escrito " la voz del Hospital Roballos " y se propone al Director, hacer una residencia internacional sobre comunidad Terapéutica, un Hospital escuela, avalado por la O.M.S.

El hospital crecía, se comienza de recibir demanda de atención de pacientes de familiares adinerados, que contribuían con donativos al Hospital (que se utilizaba, para materiales de Terapia Ocupacional, psicopedagogia, picnic, viajes de intercambio con Hospitales del interior, buena comida, etc.);[58] Crecía el grupo, entonces se empiezan a resentir otros intereses personales por fuera del Hospital y por medio de la Federación Medica de Entre Rios, se le exige al gobernador Fabre, el inmediato llamado a concurso del cargo de director del Hospital y la amenaza de una huelga general en el ámbito provincial; y en diciembre le recide el contrato al director y por primera y única vez se llama a concurso para un cargo de director en este Hospital.

El Dr. Pettina es transferido a jefe de Salud Mental de la provincia y se dedico a trabajar con los Hospitales del interior y centros de salud, ya que no podía volver al Roballos, porque lo habían echado.

El DR.Petina se refiere a este modelo de trabajo diciendo: no hay un estilo único de hacer Comunidad Terapéutica.

Dada sus características, cada institución, ofrecerá sus posibilidades y limitaciones quién conduzca dicha comunidad, también le imprimirá el enfoque que su formación y capacidad le permita.

---

[58] Entrevista realizada a Luis Pettina, Parana, E.R., 15 de abril de 1997.

A pesar de ésto, hay un conjunto de factores que le son comunes.

Existe un sólo e insalvable obstáculo, el psiquiatra tradicional, esto que puede parecer un prejuicio, es una realidad y que se sustenta en, la rigidez de individuos que necesitan guardar distancia entre ellos y la enfermedad mental, la imposibilidad de asumir el rol comunitario y la redistribución de partes sanas y enfermas,"es un ejercicio, que el psiquiatra clásico, no puede llevar a cabo, sin desmoronar su estructura sostenida en base a la distancia con el enfermo, a sus contactos mas eléctricos y químicos que humanos. Además de su vertical concepto de la comunidad profesional, que lo coloca en el vértice de una pirámide, en cuya base y pasando por el resto del personal, están los enfermos."[59]

[59] Luis A. Pettina y Silvia Goobar, " Aportes conceptuales y practicos sobre comunidad terapeutica, en revista Argentina de Psicologia, N* 9 Año II, Buenos Aires, 1971.

V- CONCLUSIONES

Como señalábamos en la introducción, el recorrido por la historia del hospital Raballos presenta cuatro momentos o etapas que se interconectan, o entrecruzan.

Si pensamos a la historia como el relato y exposición verídica de sucesos pasados y hechos memorables que se concatenan en un período determinado, podremos ver como cada momento da lugar a otro, como cada momento tiene correlato con el anterior y, en nuestro caso, como la historia de esta institución está complejamente atravesada por la propia historia y evolución de los Movimientos Psiquiátricos del mundo.

La enumeración de todo aquello que permite distinguir a la organización institucional como singular y diferente a las demás, nos permite al decir de Jorge Etkin y Leonardo Scvarstein, definir la identidad de una institución. Es este el trabajo que se ha pretendido realizar, donde hemos planteado como se han sucedido los hechos, sucesos que han marcado conflictos, acuerdos, avances y retrocesos que han constituido como diferente y han definido su identidad.

Si la Comunidad Terapéutica fue buena o mala como experiencia, solo quienes fueron sus actores podrán decirlo. Corresponde si plantear que la misma marco un hito importante en el devenir de la historia, rompiendo con formas manicomiales. Custódiales e imprimiendo nuevas maneras de concebir a los sujetos y a la enfermedad. También implico un trabajo sostenido con la comunidad que pudo posesionar otra mirada sobre la locura, " abrir puertas ".

Es el punto que permite visualizar " un antes y un después" en la trayectoria de la historia; un punto al que siempre algunos pretenden retornar sin lograrlo.

Aparece como regla en esta trayectoria el hecho que ante modificaciones realmente innovadoras que pueden llevar a la institución a ser un referente sanitario, representante de la Salud Mental de la provincia, surgen fuerzas externas e internas que procuran su exterminio.

Un análisis simple del hecho de la imposibilidad de institucionalización de cambios puede llevarnos a equívocos, si solo remitimos estas acciones a confrontaciones personales, de saberes e ideología asistenciales. Será necesario visualizar la existencia de otros factores e intereses presentes en pugna que no hacen posible " ningún proyecto ". Podemos decir que son los intereses políticos, económicos y de disputa entre el Sector Publico y el sector Privado quienes junto a los otros interjuegan en la imposibilidad de cambios.

Desde lo singular de esta institución fue posible visualizar la identidad, en una relación dialéctica entre pasado / presente, presente / pasado que nos compromete como productores y reproductores a buscar instancias transformadoras.

VI- **A MANERA DE EPILOGO.**

OTROS DIRECTORES

Dr. Barbagelata Eduardo	01/01/1970 al 1976
Dr. Cook Oscar	1976 al 01/04/1984
Dr. Prieto Abel	4/07/1984 al 30/05/1985
Dr. Waissman Jaime	1985 al 05/03/1986
Dra. Montoya Mireya	05/03/1986 al 16/10/1986
Dr. Bayona Carlos	16/10/1986 al 14/07/1987
Dr. Goniat Bruno	14/07/1987 al 15/12/1987
Dr. Izza Sergio	14/12/1987 al 06/12/1991
Dr. Grimberg Jorge	13/12/1991 al 31/12/1993
Dr. Uranga Gallino Francisco	18/04/1994 al 05/1996
Dr. Garcilazo (Director a cargo)	05/1996 al 12/1996
Dr. Garavaglia Ernesto	12/1996 hasta la actualidad.

Dr. Uriburu Roberto (varios periodos como interino hasta que se nombraba nuevo director, entre ellos desde 01/01/1994 al 18/04/1994, lo mismo que el Dr. Garcilazo).

A partir de la cronología de las distintas direcciones del hospital " Antonio Roballos ", se detallan los hechos que se consideran más significativos que han sido recogidos por los testimonios orales, de algunos de dichos directores y de otros entrevistados, ya que no se registran archivos en la institución dado que los mismos fueron destruidos por un incendio, provocado o no, nadie lo puede aseverar, aunque la mayoría de las versiones se orientarían a que fue un hecho intencional.

Dr. Barbagelata, Eduardo

El periodo comprendido por esta dirección va desde el 01/01/1970 al año 1976.

Se puede registrar del mismo, que fue el primer y único director por concurso que hubo en este hospital. Concurso que se lleva a cabo a exigencia de la Federación Medica de Entre Ríos, y a raíz del cual se rescindió el contrato al Dr. Luis Pettina, nunca mas se volvió a concursar un cargo de director, ya que los mismos, son cargos políticos.

El Dr. Barbagelata, se ocupo de organizar administrativamente el hospital y data de dicha gestión el único organigrama de funcionamiento aprobado por Salud Publica.

En cuanto al modelo asistencial, trata de continuar con la comunidad terapéutica, pero no tiene apoyo interno, por lo cual dichas actividades se reducen. Crea el departamento de Psicopedagogia.

Es dejado cesante y se jubila durante la presidencia del general Videla acusado de pertenecer a fracciones de izquierda.

Dr. Cook, Oscar

Director durante el periodo comprendido entre los años 1976 a 1984 (durante toda la época del proceso).

En cuanto al modelo asistencial, trata de seguir con actividades tomadas del modelo de comunidad terapéutica, realizando trabajos de terapia ocupacional, en pinturas, madera, etc., los cuales eran expuestos en lugares públicos.

Se organiza en dicha gestión el Primer Coro de Enfermos Mentales.

Dedico fundamentalmente su actividad a la formación y capacitación del recurso humano, en su papel de docente, dictando cursos de formación para enfermeros en el área psiquiátrica, cursos para terapistas ocupacional, ateneos, crea las bibliotecas de enfermería, psicopedagogia y profesional (esta ultima actualmente no existe).

El electroencefalograma con que contaba dicho hospital y que era de gran utilidad, se paso a otro hospital.

Esta gestión contó con gran apoyo de la cooperadora del hospital.

No se registran en dicha época programas, ni dirección de Salud Mental en la provincia.

Dr. Prietto, Abel

Periodo comprendido entre 04/07/84 al 30/05/85.

No se registran datos de dicha dirección, ya que no se pudo acceder a fuentes.

Dr. Waissman, Jaime

Nunca fue nombrado director del hospital, como Jefe de Servicio con mayor antigüedad y de acuerdo con la ley 4170, del ejercicio profesional, queda a cargo de la dirección hasta el nombramiento del próximo director.

Dra. Montoya, Mireya

Periodo comprendido entre el 05/03/86 al 16/10/86.

La idea de esta dirección se baso fundamentalmente en mejorar la calidad de las prestaciones, asistencia al paciente y las relaciones humanas, para lo cual necesitaba la mayor cantidad de voluntades, por lo que se implementa el CATA (consejo Asesor Técnico Administrativo) integrado por los jefes de departamentos, servicios y áreas, para tal fin.

Con la misma intención y con la finalidad de aunar criterios se realizan las Primeras Jornadas Interinstitucionales en Psiquiatría, concurriendo a las mismas representantes de los hospitales psiquiátricos de la provincia.

Al asumir la dirección se realiza una auditoria contable, a raíz de la cual, queda cesante el administrador, siendo reemplazado por el administrador del hospital Pascual Palma.

No asume un posicionamiento político en la dirección, integrando al proyecto personal idóneo, sin importar las banderías políticas.

Era un momento contextual de despertar democrático y se habían formado dentro del Hospital comités partidarios, uno

de los cuales era presidido por el administrador dejado cesante y perteneciente al gobierno.

Una reflexión de esta directora es: " ningún proyecto se puede llevar adelante si no hay apoyo del poder político y no se puede aceptar un cargo político, como es una dirección, creyendo poder desarrollarlo desde fuera de la política ".

Esto le costo la intervención del hospital.

Dr. Bayona, Carlos

Medico epidemiologo que es nombrado como interventor en el periodo comprendido entre el 16/10/86 al 14/07/87.

Dr. Gogniat, Bruno

Periodo comprendido entre el 14/07/87 al 15/12/87.

No se registran datos de relevancia.

Dr. Izza, Sergio

Periodo comprendido entre el 14/12/87 al 10/12/91.

El proyecto de esta dirección era insertar el hospital como efector de Salud en la Comunidad, para lo cual genera una serie de actividades como:

El medico clínico, junto con personal de enfermería, concurría ciertos días a la semana, a un barrio marginal

próximo al hospital (toma Nueva antes de la creación del centro de Salud) a brindar atención a los pacientes que lo requiriesen.

Se crea un centro de vacunación, en el hospital y domiciliario en la misma zona.

Se proyectaban películas y festejaban los cumpleaños de los niños de la zona, los fines de semana en el hospital.

Se incorpora mucho personal de maestranza, utilizando dicha mano de obra especializada, en poner a pleno primero el hospital y luego salieron a prestar servicios a la comunidad, ejemplo refacciones del centro de Salud Antártida Argentina, ampliación del centro de Salud el Brete, etc.

Talleres de chapa, pintura, mecánica, herrería, carpintería del hospital, trabajaban para el afuera, para la necesidad de cualquier usuario y se cobraba el servicio.

El cuanto a los asistencial se incorpora el Servicio de Urgencia Psiquiátrica Domiciliaria.

Devuelve la jerarquía a la Jefa de Enfermería, de solicitar matricula a los enfermeros.

Se implementa el arancelamiento hospitalario en forma reglamentada (internación).

Se fracciono y produjo una monodroga la " Carbamacepina " cuyos costos eran muy elevados y altos insumos.

Se produce en esta gestión un hecho muy relevante como el cierre de los boxes (piezas de contención de pacientes muy excitados o violentos, sin mobiliario, tipo celda). Esto, genero en un primer momento, mucho temor sobre todo al personal de enfermería, que es el que quedaba a cargo del paciente las 24 (veinticuatro) hs. , Situación semejante a la vivida cuando se produjo la apertura de las puertas del hospital.

Ingresan en el año 1990, los primeros residentes en Salud Mental, residencia creada por la directora de Salud Mental de la provincia de Entre Ríos, licenciada Mercedes De Giusto en su primera gestión como tal.

Según este director existen tres premisas fundamentales: bienestar del paciente, buena alimentación y medicamentos.

Cabe mencionar que esta dirección contaba con un fuerte apoyo político y en lo interno de grandes fracciones del personal, sobre todo de maestranza y enfermería, que perdura aun después de dejar el cargo, tal como lo demuestra el hecho, de que a raíz de un conflicto generado entre este director y la directora de Salud Mental, por ciertas irregularidades internas, se solicita la cesantía del mismo, lo que genera la toma del hospital por parte de los empleados en apoyo a su director y como consecuencia de estos hechos son reemplazadas las autoridades de Salud Publica y de la directora de Salud Mental, persistiendo el director en su cargo, el cual deja con el cambio de gobierno.

Ocurren en esta gestión dos hechos que merecen mencionarse por la trascendencia e importancia que tuvieron:

1. Estando ausente el director, quien se encontraba en la ciudad de Buenos Aires, y a cargo de la dirección él médico de guardia, siendo día de cobro(ya que en esos momentos los empleados percibían sus haberes en efectivo y en el mismo hospital) se produce un asalto y se roba el dinero destinado al pago de los sueldos. En este hecho fue muerto el policía que estaba de custodio. Hasta el día de hoy este caso no fue resuelto.

Esto genero durante mucho tiempo y quizás hasta tanto no se implemento el pago con tarjetas magnéticas fuera de la institución, una situación bastante traumática, ya que cada día de pago, se producía un gran despliegue policial y el lógico temor del personal, de revivir dicha situación (31 de Mayo de 1991).

2. Otro hecho muy significativo fue la inauguración del pavimento en el camino de acceso al hospital, desde la ruta que va al Túnel Subfluvial hasta el mismo.

Obra largamente esperada, ya que dicho camino de tierra de aproximadamente 1.200 mts., se tornaba intransitable los días de lluvia y tanto pacientes, como empleados (muchos de los cuales concurrían con sus pequeños hijos, quienes quedaban en la guardería del hospital en sus horas de trabajo) debían hacer el trayecto caminando ya que los colectivos no entraban dichos días dejando el pasaje en la ruta.

Se comenta que en los primeros años del hospital, el dueños de una chacra vecina, contribuía con una vagoneta tirada por caballos, al traslado del personal hasta y desde la ruta en los cambios de turno.

Su realización se completo mediante un convenio entre la municipalidad de Paraná y la dirección provincial de Vialidad.

Su inauguración se llevo a cabo el 31 de julio de 1989, con la asistencia del gobernador Jorge Busti, el intendente municipal contador Mario Moine, la directora de Salud Mental licenciada Mercedes D' Giusto, demás autoridades y personal.[60]

---

[60] Ofelia Sors, Parana despues del Tunel Subfluvial, 1960-1990, imprenta Los Graficos, Victoria (E.Rios), 1993.

Dr. Grinberg, Jorge

Periodo comprendido entre el 13/12/91 al 31/12/93.

Con el cambio de gobierno y la asunción del contador Moine como gobernador vuelve nuevamente la Licenciada De Giusto, a la dirección de Salud Mental, siendo nombrado este nuevo director.

A pesar de ser un agente externo, ya que nunca había pertenecido a la institución, si podemos decir que tenía amplios conocimientos de la problemática de la Salud Mental de la provincia, ya que venía de ser director de la Colonia de Federal.

De formación psicoanalítica, durante su gestión, hubo una gran apertura hacia el trabajo interdisciplinario, al cual apoyó y colaboró.

Como hechos destacados en este periodo y que se relacionan directamente con lo anterior, podemos mencionar, la creación de la división Trabajo Social, con la incorporación de profesionales de esta área, hasta el momento tales tareas eran desarrolladas por empíricos, sin título que avalara el ejercicio.

Se conformó el equipo de externación, el cual se ocupaba de la externación de pacientes, realizando un trabajo de red en su lugar de orígen, con el fin de la aceptación del paciente por parte de la familia y la comunidad, contando con su apoyo y control una vez reintegrado a su comunidad. Se logró así, el alta de pacientes crónicos o no, pero de los cuales muy pocos, volvieron a reinternarse.

Brindo un real apoyo a la residencia en Salud Mental (integrada por psicólogos y médicos), los que participaron de guardias, equipo de externacion y grupos terapéuticos.

Se instala la central telefónica y la primera computadora del hospital.

Le correspondió a esta dirección la ingrata función de confeccionar las listas de prescindibilidad del personal, cuando por decisión del Gobierno se impone la primera reforma del Estado. Según sus dichos, en este momento renuncia al cargo, junto con la directora de Salud Mental que sale de sus funciones. El doctor Grimberg, prosigue en la dirección negando toda participación en la ejecución de los despidos del personal de la institución.

Dado el gran números de pacientes, que requerían atención por consultorios externos, se comenzaron a realizar grupos terapéuticos, a fin de dar respuesta a toda la demanda.

Sale al aire la ''F.M. de la Nuca'', radio del hospital, que funcionaba en el mismo y en la que participaban un estudiante de comunicación social, profesionales, personal y enfermos.

Se transcriben a continuación conceptos de la institución y su aconteceres vertidos por este director en entrevista y que se consideran de gran aporte:

'' La dirección no es un proyecto personal, depende de muchas cosas, el toque esta en las falacias. Democracia versus política, sí sos un tecnócrata o sos un político ".

" No sé si se puede hacer política desde los afectos ".

El director basa la dificultad para la conducción y despegue de este hospital diciendo:

" No es racional él numero de personas que trabajan con las prestaciones. El numero de personas sin calificación es mucho más importante que el calificado. No circula el saber, el conocimiento, no hay intención, la consigna es cumplir el horario e irse.

La relevancia política como lugar de fuente de trabajo, no se piensa en calificarla, circula el manejo político ".

Dr. Uranga Gallino, Francisco

Asume el Dr. Eduardo Morguestein la dirección de Salud Mental, quien pone en funciones a este director.

Periodo comprendido entre el 18/04/94 al 05/96.

Es un agente externo a la comunidad hospitalaria, que viene de la ciudad de Buenos Aires, a pesar de ser oriundo de Paraná.

De esta gestión se puede mencionar un grupo que se encargaba de realizar actividades teatrales, con salida a la comunidad, pero que no tienen articulación con los tratamientos, por lo que termina disolviéndose.

Cuestión esta atendible si se considera el agobio que tenia el personal todo y la ausencia de lineamientos politicos-sanitarios.

Se coloca la barrera, la garita y se contrata personal policial para custodiar el ingreso y egreso al hospital.

Dada las situaciones conflictivas planteadas con distintos sectores del hospital y la dirección, el personal entra en estado de asamblea permanente y solicita la dimisión del director.

Por decreto del Ministro, se lo remueve del cargo, quedando en la dirección del mismo y hasta tanto nombren nuevo director el Dr. José H. Garcilazo, quien se encontraba a cargo del área de Salud Mental en el que continua actualmente.

Dr. Garcilazo, José

Director a cargo desde el 05/96 al 12/96.

Dr. Garavaglia, Ernesto

Periodo comprendido desde 12/96 continuando en la actualidad.

Esta dirección también toma muchos modelos de la comunidad terapéutica, y entre ellos podemos mencionar: el proyecto " huerta ", con participación de empleados y pacientes.

Se inaugura el hospital de día, como estructura incorporada al hospital y con espacio propio, ya que el mismo venia funcionando desde varios años y gracias a la labor de los residentes, pero con grandes dificultades para insertarlo como parte de la institución.

Se crea el comité de docencia e investigación.

Se mejora el ala perteneciente a consultorios externos y estos mismos.

Toma gran impulso nuevamente la asociación Cooperadora del hospital, colaborando con el mismo.

Una de las mayores dificultades y quizás motivo de abandono de algunas actividades, es el vaciamiento sobre todo a nivel medico (psiquiatras) que se ha producido en los últimos

años y el sobrecargo de actividades a que se sometieron los profesionales médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermería, etc., de participar en los distintos proyectos, agregado a la tarea asistencial diaria, que también se vio incrementada por las dificultades económicas imperantes en el país.

Cabe consignar que en el momento actual el hospital cuenta con un total de 6 (seis) médicos psiquiatras de planta, incluido los jefes de servicio, los cuales además deben hacerse cargo de la atención de consultorios externos, juntas medicas, exámenes psiquiátricos, etc. La incorporación de nuevos recursos humanos es en forma inestable (suplencias).

BIBLIOGRAFIA

- Ackerknecht, E.H., *Breve historia de la psiquiatría*, Eudeba, Buenos Aires, 1982.
- Bermann Gregorio, *La Salud Mental y la Asistencia Psiquiatrica en la Argentina*, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1965.
- Bermann Gregorio, *Nuestra Psiquiatría*, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.
- Caplan, G, *Principios de psiquiatría preventiva*, Paidos, Buenos Aires, 1966.
- Cooper Davis, *Psiquiatría y Antipsiquiatria*, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1972.
- Cohen H., De Santos B., Fiasche A., Galende E., Saidon O., Stalkiner A., Testa M., *Politicas en Salud Mental*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.
- Etchegoyen Ricardo H., *Estado Actual de la Psicoterapia en la Argentina*, Material de circulación interna, Maestría en salud mental, U.N.E.R., Facultad de Trabajo Social, Paraná (E.Rios)
- Etkin J. Y Schvarstein Leonardo, *Identidad de las Organizaciones*, Editorial Paidos, grupo e Instituciones, Buenos Aires, 1995.
- Fiasché Angel, *Historia de las ideas y prácticas en Salud Mental en la Argentina*, Material de circulación interna, Maestria en Salud Mental, U.N.E.R., Facultad de Trabajo Social, Paraná (E.Rios) 1992.
- Foucault Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1967.

- Galende Emiliano, *Psicoanálisis y salud Mental, para una critica de la razón psiquiátrica*, Editorial Paidos Psicología Profunda, Buenos Aires, 1996.
- Galende Emiliano y J. Paz, *Psiquiatría y Sociedad*, Editorial Granica, Buenos Aires, 1974.
- Galende Emiliano, " *La crisis del modelo médico en psiquiatría* ", cuadernos Medico-Sociales N* 23, marzo de 1983.
- Goffman Erving, *Internados*, Ammorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
- Guedez Arroyo Luis Cesar, *Experiencia en Psiquiatría Comunitaria*, sin datos editoriales.
- Jones Maxwell, *Psiquiatría social*, Editorial Escuela, Buenos Aires, 1967.
- Pellegrini Jorge, *Lo institucional sanitario hoy en la Argentina sus antecedentes históricos*, Material de circulación interna Maestría en Salud Mental, U.N.E.R., Facultad de Trabajo Social, Paraná (E.Rios), 1993
- Pettina Luis A. Y Goobar Silvia, " *Aportes conceptuales y practicas sobre comunidad terapéutica* ", en revista Argentina de psicología, N* 9, Año II, Buenos Aires, 1971.
- Ramos Mejía José M., *Las Neurosis de los hombres celebres en la Historia Argentina*, Ediciones Anaconda, Buenos Aires.
- Ricon Lia, Di Segui Silvia y colaboradores, *Problemas del campo de la Salud Menta*, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1991.
- Romero Luis Alberto, *Breve historia de la Argentina Contemporánea*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994.
- Rotelli Franco, " *Desinstitucionalización: La Experiencia del Movimiento de Psiquiatría Democrático en Italia* ", en revista

Arje N* 3, Colegio de Psicólogos de Entre Ríos, Diciembre de 1992.

- Sors Ofelia, *Paraná Dos Siglos y cuarto de su evolución urbana 1730-1955*, Imprenta " Los Gráficos ", Victoria (E.Rios, 1994.
- Sors Ofelia, *Paraná después del Túnel Subfluvial 1960-1990*, Imprenta " Los Gráficos ", Victoria (E.Rios), 1993.
- Teran Oscar, *Nuestros años sesenta. La Formación de la nueva izquierda intelectual en la Argentina, 1955-1966*. Pustosur Editores, Buenos Aires, 1991.
- Vezzetti Hugo, *Aventuras de Freud en el país de los argentinos*, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1996.
- Vezzetti Hugo, *Historia de la locura en la Argentina*, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1985.

ENTREVISTAS

- Barbagelata Eduardo: Médico Psiquiatra, ex-director del hospital Neuropsiquiatrico " Dr. A. Roballos ". Entrevista realizada el 20 de agosto de 1996 y 14 de marzo de 1997.
- Baridon Abel: Sub Secretario de Salud Pública, durante la gestión del Dr. Guedez Aroyo. Entrevista realizada el 23 de septiembre de 1998.
- Baso Raquel F de: Administradora del nuevo Hospital, desde sus inicios y continuando durante la Comunidad Terapéutica, entrevista realizada el 4 y 12 de septiembre de 1997.
- Cook Oscar: Médico Psiquiatra, ex-director del hospital, entrevista realizada el 12 de septiembre de 1996 y el 5 de marzo de 1997.
- Díaz Norberto: Personal de maestranza del Hospital, desde que el mismo estaba en calle Diamante (actualmente jubilado). Entrevista realizada el 30 de Octubre de 1996.
- Friedrich Daniel: Director de despacho, jubilado, entrevista realizada el 15 de julio de 1997.
- Grimberg jorge: Médico psiquiatra, ex-director del Hospital A. Roballos. Entrevista realizada el 5 de agosto de 1997.
- Izza Sergio: Médico psiquiatra, ex-director del Hospital A. Roballos. Entrevista realizada el 5 de agosto de 1997.
- Mangona Angela: Enfermera empírica, que comienza sus funciones en el Hospital, en calle Diamante y luego pasa al nuevo edificio. Jubilada. Entrevista realizada el 30 de Octubre de 1996.
- Montoya Mireya: Médica psiquiatra, ex-directora del Hospital A. Roballos. Entrevista realizada el 20 de mayo y 17 de junio de 1997.

- Pettina Luis: Médico psiquiatra, ex-director del Hospital A. Roballos; Entrevista realizada el 15 de Abril de 1997.
- Russo Juana: Auxiliar de Terapia Ocupacional, durante la dirección del Dr. Barbagelata pasa al departamento de psicopedagogía. Entrevista realizada el 22 de noviembre de 1997.
- Russo Raul: Auxialiar de Terapia Ocupacional, entrevista realizada el 22 de noviembre de 1997.
- Sabattini Cesar: Médico psiquiatra, médico residente durante la gestión del Dr. Guedez Arroyo. Entrevista realizada el 15 de marzo de 1997.

APENDICE

UBICACION DEL EDIFICIO (catastro)

Plano de Mensura N* 31635 del año 1956, propiedad del Superior Gobierno de la Provincia.

Calle Ambrosetti 148, 20 mts.
Calle Rondeau 194 mts.

1956 ⇨ contaba el terreno de 13 hectáreas 27 áreas 58 centiareas.

1957 ⇨ se fraccionan en 3 dejando para el hospital 6 hectáreas 43 áreas 39 centiareas.

1962 ⇨ Se da como terminada la obra

1990 ⇨ Mensura nueva, se dividen 2 fracciones, quedando al hospital 28.748 mts, se transfiere en el año 25 - 07 - 1991 36.624, 28 mts cuadrados y hacen una servidumbre (permiso para tener) de líquidos cloacales.

LOGO DEL HOSPITAL



En cuanto a poder conocer a quién se debe la autoría y su significado, no ha seguido un camino distinto al conocimiento de toda la historia de éste hospital.

Nada escrito, solo testimonios orales, uno se lo adjudican a un residente de apellido Sciola, otros a una paciente, pero es el Dr. Barbagelatta E quien refiere haber sido el responsable y que explica su significado:

" Que el paciente que esta hundido en las tinieblas, vuelva a volar otra vez, con la libertad de la mente sana ".

EL DIARIO

Hospital Neuropsiquiátrico

GESTION DE VECINOS DE VIALE

Un grupo numeroso de vecinos de Viale se ha dirigido al brigadier Ricardo Favre solicitando a las gestiones que se realizan para obtener la continuidad de la conducción actual del Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Antonio L. Roballos", de Paraná. Este es el texto de la nota en la que se exalta dicha gestión:

Viale, 29 de julio de 1968.

A S.E. Sr. Gobernador de Entre Ríos.
Brigadier (R) Don Ricardo Favre
Casa de Gobierno
Paraná

Vecinos de Viale, representativos de diversos sectores de nuestra comunidad, preocupados por el incierto futuro del Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Antonio Roballos", de su actual equipo de profesionales dirigidos por el Dr. Luis C. Guedes Arroyo, y por todo lo que ellos representan, nos dirigimos al señor Gobernador para que tenga a bien arbitrar los medios necesarios para que tan magnífica obra, de profunda solidaridad humana y amor cristiano, no se vea truncada o frustrada en el momento preciso en que ha comenzado a entregar a la comunidad los tan anhelados frutos de su acertada labor y, por el contrario, se le permita continuar su desenvolvimiento para que se afiance y concrete cabal y definitivamente.

Mucho y bueno se ha hecho en este último año en el Hospital Roballos, y con ello ha tenido la virtud de trascender el ámbito de su propia casa, para proyectarse hacia el exterior por varias modalidades, entre ellas Viale, que se ha visto privilegiada en los últimos meses con el contacto asiduo y solícito del Dr. Guedes Arroyo y su equipo a través de cursos para maestros de Paraná Campaña; de cursos para docentes; de reuniones con padres y líderes de la comunidad interesados en la higiene mental de la población; de la creación e instalación por parte de las autoridades municipales de Viale del Centro de Salud Mental, cuya atención y normal funcionamiento como Centro Periférico está a cargo, con carácter ad-honorem de profesionales locales, el cual desaparecería sin el asesoramiento científico y el estímulo humano del Hospital Roballos.

Interpretamos que en ésta una situación de excepción y que puede requerir soluciones no contempladas legalmente. Comprendemos que cualquier medida puede herir intereses respetables, pero particulares. Nos apena que una disposición burocrática legal pueda desmoronar a nuestro pobre los beneficios de una obra tan provechosos que está a la vista de quienes no cierran los ojos de su espíritu, de quien se acercan a ella sin prejuicios, y que está avalada por el juicio favorable de autoridades internacionales en la materia.

En la creencia de que ha llegado el momento de comprometer nuestra opinión en problemas tan trascendentes y de vital importancia como el de la salud mental de nuestros semejantes, formulamos el presente pedido con la seguridad que S. E. le brindará la atención que merece, para concederle una solución acorde con nuestras aspiraciones. Dios guarde a V. E.

Abraham C. Dayán, Intendente Municipal; M. César Gleco, presidente del Consejo de Promoción; Dr. Oscar A. Brasseur; Dr. Antonio Salas; Dr. Francisco Gambaro; Dr. Luis Rodríguez; Dra. María T. A. de Brasseur; Dra. Hilda G. B. de Gambaro; Sara A. Irigoyen, farmacéutica; Luis Nadi, cura párroco; Justo Barnet, pastor adventista; Dr. Isaías Aguilar Medina; Dra. Myriam Barón; Lorenzo Borgetto, presidente Cooperativa Agrícola Ganadera; Hermilio Ludi, gerente Caja de Créditos; Héctor Saperas, rector del Instituto Comercial; M. H. por Juventud Agraria; José María Maldana, gerente Banco de Entre Ríos; Vergara Ceuma por José María; Santiago Schneider, Juez de Paz; Apolo Blanchetto, secretario de Juzgado; Dante Tropini, gerente de Tropini S.R.L.; Domingo Mistrorigo, ambo[illegible]

EL DIARIO — Paraná, Domingo 5 de [illegible]

SOLICITADA

El día 1º de agosto de 1967 en [illegible] el Servicio del Hospital [illegible] "Dr. Antonio L. Roballos" de la ciudad de Paraná, el interventor designado a tal efecto por el Ministerio de Acción Social de la Provincia.

Largos meses de paciente espera por elementales razones de ética médica que cohibían nuestra obligación frente al pueblo de esta provincia, nos han llevado finalmente a una decisión como la presente cual es la de hacer conocer los desconciertos, frustraciones y violaciones a reglamentaciones vigentes que se vienen llevando a cabo a partir de aquella fecha y desvirtúan la finalidad para la cual se tomara la disposición antes mencionada.

La necesidad de romper nuestro silencio se nos hace imperiosa ya que hemos agotado todas las vías normales y jerárquicas dentro de la administración provincial.

¿Sabe la población si los médicos que actúan como Residentes o Internos en el Hospital reúnen las condiciones de especialización para tal tarea?, y en el caso de ser médicos en el período de aprendizaje, ¿cómo, cuándo y quién les imparte enseñanza teórica y práctica?

En un artículo publicado en EL DIARIO en su edición de fecha 26 de abril ppdo. se dice que el Electroshock y la Insulinoterapia son tratamientos anticuados y que pueden ser sustituidos por la Psiquiatría Social. ¿Dónde y quiénes sostienen una cosa semejante? Advirtamos que hoy, en todas partes del mundo, con las divergencias de criterio propias de toda terapia médica, ambos métodos se siguen utilizando, combinados naturalmente con otros avances de la ciencia médica como los psicofármacos, el psicoanálisis, la psicoterapia individual o de grupo, etc., etc.

Afirmar por sí y ante sí la validez de una terapia no puede hacerse en medios donde la información pública es aún escasa en relación al quehacer técnico y específico de las especialidades médicas. No queremos insistir por supuesto en que no es el lugar ni la manera adecuada para una polémica científica que siempre debe tener visos de probidad, serenidad y cláustro de estudio para su dilucidación a nivel popular.

La marcha buena, regular o mala de un establecimiento asistencial puede medirse por la eficacia de los medios terapéuticos que posee y del correcto modo de utilizar los mismos.

En ese sentido, ¿qué puede decirse de un hospital que pretendiendo revistar como piloto y en donde son intensas la "docencia" y "promoción" derive un paciente a otro hospital por "imposibilidad de tratarlo por el tipo de problemas que presenta y no contar con los medios apropiados para su tratamiento ya que debe ser hidratado y no se logra mantener una vena permeable...", en síntesis, para hacerle suero endovenoso?

Si lo que se busca es crear un ámbito vital para enfermos agudos, no puede aceptarse entonces que se haya internado a pacientes que tienen una cronicidad de años y presentan deterioros con evidente déficit. Tal el caso de los pacientes Historia Clínica números 000003, 000369, etc. A la par de éste, ante pedidos de internación solicitados por establecimientos asistenciales de la provincia se ha contestado, sin haber procedido por lo menos a examen de los enfermos en cuestión, que el hospital se hallaba imposibilitado para el tratamiento correcto de los mismos, negándose les en consecuencia la internación. Casos: Expedientes; Letra JE, Libro 19 Nº 128. - Letra DA, libro 19 Nº 870. - Letra HO, Libro 19 Nº 789. - M. A. S. del año 1967.

Un sistema realmente estremecedor, por los incalculables perjuicios que origina tanto en el grupo familiar como social, es el de dar de Alta a pacientes no curados y ni siquiera estabilizados en cierto equilibrio con el medio, nada más que para "fabricar estadísticas de movilidad", o como en otros casos simplemente para evitar trastornos y sacarse "de encima" a enfermos. Caso Ha. Clínica Nº 000618 que fuera enviada de vuelta a su hogar y que actualmente se halla alojada en un local policial cercano de su domicilio ante la negativa del Hospital a recibirla nuevamente.

Diríamos que esto es casi la contrapartida de lo que debe ser un establecimiento asistencial, el calco en sombras de su destino más auténtico: en una palabra, el fraude hecho a cara descubierta para deslumbrar a ingenuos y profanos.

Cabe preguntarse cómo es posible que se disponga la "donación" de la hija recién nacida de una paciente que había sido internada en la Maternidad del Hospital San Martín, sin haberse llenado los pertinentes recaudos legales lo que motivó la intervención del señor Defensor de Menores. Caso Ha. Clínica Nº 000102.

Cómo podía ser que habiendo organizado la intervención del Hospital [illegible] para "la orientación terapéutica de los enfermos [illegible] internados en los demás establecimientos de la ciudad y a requerimiento de las autoridades de las mismas..." que producido el evento justificativo de la creación de tal equipo, como ocurriera con el Hospital San Martín, se diera el caso de no haberse podido satisfacer la demanda aduciendo la falta de vehículo con que movilizarse y recomendando la terapia por teléfono.

Este hecho de carencia de vehículo que impide el normal desenvolvimiento del "Servicio Móvil" a pesar de contar el establecimiento con una Ambulancia para su exclusivo uso, ¿no se deberá al mal uso y abuso de la misma dado que ha sido identificada a veces a altas horas de la noche en diversos lugares de la ciudad conducida por personal médico que no se hallaba en cumplimiento de funciones profesionales específicas? ¿O acaso otra vez conducida por una dama que protagonizara en horas también nocturnas un choque con un microbomnibus y las más de las veces estacionada durante toda la noche en una calle céntrica?

Si el Hospital cuenta con personal médico Residente e Interno de Guardia, ¿qué razones mediaron para que el día 16/4/68 en horas de la madrugada el mismo no se encontrara en el establecimiento al ser requerido por la enfermera de Guardia para informarle de la fuga de una enferma?

Es importante que se esclarezca debidamente lo sucedido en uno de los momentos de esparcimiento de los pacientes durante el cual una persona ajena a los mismos y al personal participó del mismo y administró "drogas" a varios enfermos, lo que motivó su retiro por la fuerza, puesto que este hecho es causa de permanente comentario dentro y fuera de la Institución. Además es necesario que se establezca cómo el internado Ha. Clínica Nº 000517, llevó fuera del Hospital a la paciente, también internada, Ha. Clínica Nº 000620, y pasó con ella la noche en un alojamiento de la ciudad regresando ambos en la mañana siguiente.

No creemos que puedan existir causas valederas para que la máxima autoridad de una Institución increpe en forma airada a personal subalterno acusándolo de actos de deslealtad hacia su persona y se explaye con el mismo en contra de los "médicos viejos" de la misma empleando términos agraviantes contra las personas que detentan las Jefaturas de Servicio. Tal lo ocurrido el día 22 de abril ppdo. en horas de la mañana en que el señor Interventor del Hospital Roballos protagonizó lo relatado con las Cubas Enfermeras de turno en ese momento y ante la señora Administradora del establecimiento.

No creemos tampoco que el hecho de ser autoridad dé derecho para que el señor Interventor del Hospital Roballos tome el teléfono y en forma grosera manifieste su disconformidad por un artículo aparecido en un periódico, al corresponsal del mismo. Tal lo ocurrido con motivo de lo publicado por el diario "El Litoral" de la ciudad de Concordia en su edición del día 11 de abril ppdo. relatando verídicamente lo sucedido con un paciente derivado al Hospital San Martín.

Los médicos que suscribimos este comunicado a la opinión pública lo hacemos con desagrado y con pena; desagrado, pues nunca debe provocarse el escándalo o la contienda pública cuando pueden remediarse las situaciones de otra manera (en el presente caso lo hemos intentado sin resultado), y pena porque nadie puede alegrarse de que algo que pretendió ser tan promisorio como el dar andamiento a un hospital como el Roballos con estructura adecuada para ser un hospital modelo, se frustre por la ambición desmedida, el desconocimiento y la agresividad de quien viniera a producir el cambio.

Y que no se alegue que no hubo colaboración; en gran mayoría sino todos, prestamos al comienzo nuestros mejores esfuerzos en pro de una obra cuya ineficacia y desorden crecientes a medida que el tiempo transcurría, nos obligó a alejarnos.

Respecto de nuestra colaboración, baste el hecho de que a pesar que la Intervención era violatoria de la Ley 4170, fue aceptada por todos nosotros. Lo contrario sucedió con otro establecimiento asistencial de nuestra ciudad en el cual se quiso obrar de la misma manera, es decir, contratando un Interventor, moción que no se llevó a cabo por la unánime oposición del cuerpo médico del mismo, que consideró con toda justicia que el aceptar ello significaba una violación de la mencionada Ley.

Quiera Dios dar mejores horas para nuestro Hospital Roballos en el que muchos de nosotros hemos puesto nuestras mejores esperanzas.

Paraná, mayo 4 de 1968.

Dr. Eduardo A. Barbagelata, Dr. Valentín Volpe, Dr. Miguel A. Rivas, Dr. Jaime Walsemann, Dr. Eduardo O. Cook

La imágen de tapa pertenece a una persona, que desde su calidad de paciente, se encuentra internada desde la década del 20. Curiosamente y po referencias orales, nunca presentó patología psiquiatrica, sino que su internación derivó a causa de su sordomudez.

Setenta años que practicamente coinciden con la historia del hospiatl, al que despues de tanto tiempo dificilmente vea como otra cosa que su propio hogar.

Quién trascurrió toda su vida en la institución, compartió el mismo silencio.

No deja de ser una paradoja, que éste símbolo de la historia del hospital, que ésta historia viva, no pueda abrirnos su memoria.