

CONSIDERACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL EN VETERANOS DE GUERRA

"Una experiencia Argentina"

Introducción

Es casi imposible hablar del tema que nos ocupa sin antes mencionar un acontecimiento que quebró el lazo social de tal manera que traumatizó a todo un país.

Hecho que estaba ideológicamente basado en la muerte y su no-representación. La muerte es algo que no se puede terminar de nombrar ¿qué nombre para los padres que pierden un hijo? Los protagonistas del llamado proceso de reorganización nacional le dieron una nueva significación a la muerte bajo el significado de desaparecido. La reorganización social cambió "radicalmente". Hacían desaparecer lazos sociales y las redes que implican. El mayor ataque estaba centralizado en atacar directamente las raíces del lazo social apropiándose siniestramente de los hijos, sumiéndolos en otro linaje, cortando el lazo filiatorio.

Este período que duró 8 años, del 76 al 83, implica dos acontecimientos, pero el primero, la dictadura, acalló al segundo, la guerra de Las Malvinas. Guerra que es denominada como un conflicto bélico. Está silenciada, acallada, a la espera de ser escuchada. Los soldados tenían una última orden "no hablar" "esta tenía que ser una guerra para ser olvidada" y el estado ya democrático se encargó de desmalvinizar al resquebrajado lazo social. Este increíble hecho social, primera guerra en que la Argentina participa activamente queda relegado, no olvidado justamente porque es un real y está más allá del retorno, de la insistencia. Porque lo real se presenta bajo la forma de lo que tiene de inasimilable. "Me vienen a buscar a mi casa, me lavé la cara y me llevaron en una camioneta con muchos otros, iban casa por casa, me enteré que había guerra cuando llegamos a Malvinas".

"Yo me enteré por la tele y fui a buscar a un compañero, fui de voluntario, pensaba que íbamos a comer bien y conocer Malvinas, nunca pensé en una guerra, si nunca hubo".

"Tuve dos meses de instrucción, me subieron en un avión y no me dijeron nada hasta que llegué a Puerto Argentino".

El proceso de desmalvinización fue bastante efectivo. La sociedad estaba sorda, los veteranos silenciados y marginados "Nadie nos preguntaba cómo estábamos o cómo nos sentíamos". Las preguntas eran siempre las mismas, en esto coinciden muchos, "¿Hacía frío? ¿Les llegaron los chocolates y los cigarrillos? ¿Mataste a alguien?".

Sí, la sociedad estaba sorda-muda, entonces lo real irrumpe en la realidad. Lo silenciado se muestra: 264 suicidios en fechas que van desde marzo a julio en su gran mayoría. ¿Cuántos de nosotros sabemos que en esa guerra 265 soldados murieron y que desde el año 82 hasta el 97, 264 se suicidaron?

La realidad de la guerra de Malvinas está a la espera, al encuentro. Estos suicidios son parte de nuestra realidad y uno no puede ser el mismo a partir de tener esa información.

...."Tengo miedo de volverme loco y que me pase lo mismo que a x"...

...."No puedo dormir, "¿cuándo comenzó? "Hace 16 años..."

Para poder estudiar y analizar los efectos de la guerra sobre los individuos, las instituciones y las sociedades, debemos comprender la complejidad del fenómeno, sabiendo a priori que no podrá ser abarcado en su totalidad, que todas las lecturas serán parciales e incompletas, por ende reduccionistas. Teniendo esto en claro, es que nos aventuramos a hacer una aproximación, desde la Salud Mental, de lo ocurrido con nuestros veteranos de la Guerra de Malvinas.

MARCO INSTITUCIONAL

El sistema sanitario de nuestro país, tanto a nivel militar, como público o privado carecía, salvo honrosas excepciones, de una estrategia adecuada para la asistencia y tratamiento de personas que han participado de acciones bélicas, contribuyendo conciente o inconcientemente al agravamiento del deterioro psíquico que la guerra en sí misma produce.

En marzo de 1997 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires pone en marcha el "Programa de Salud del Veterano de Guerra Bonaerense". Este programa se gesta como respuesta a la inquietud de un grupo de excombatientes, quienes impulsados por la angustia de tantos compañeros suicidados y la manicomialización como única forma de respuesta intentada, buscaban alternativas terapéuticas.

Este PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA, coordinado desde la Dirección de Salud Mental, se implementa como un dispositivo de prevención terciaria, no debiéndose perder de vista que se inicia a quince años del evento traumático, con lo que esto significa en relación a las secuelas. Se gesta, nace y crece en un trabajo que incluye a los veteranos como parte activa del sistema de salud. "Trabajamos conjuntamente ya que de otra manera no sería posible".

Nuestro trabajo está directamente relacionado con los veteranos llamados "facilitadores" o "captadores", son excombatientes con un doble saber, el de su propia vivencia y el teórico, siendo el nexo entre el sistema de salud y los otros veteranos, que como veremos en la encuesta que se describe más abajo, excepcionalmente consultaban en forma espontánea, teniendo, cuanto menos, cierta reticencia a concurrir a un centro de salud.

En la etapa diagnóstica se realizó una encuesta a la población a ser asistida. De los resultados obtenidos, los más relevantes a los fines del presente trabajo fueron los siguientes:

- El 41 % alcanzó la escolaridad primaria
- El 60 % no tiene resuelto en forma estable su situación laboral
- El 36 % padece discapacidad física o psíquica (o ambas)
- Si bien el 89 % cuenta con cobertura médica, no recibe atención el 72 % y específicamente psiquiátrica y psicológica el 91%
- El 88 % nunca concurre a un centro de Salud

Entre el 25 y el 39 % de los veteranos, según su zona de residencia, padece el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Sólo a modo de recordatorio, porque resulta de vital importancia tener en cuenta en el presente análisis, señalamos que en la etiología del TEPT deben considerarse tres variables inseparables:

-La vulnerabilidad personal:

Tanto en lo concerniente a la estructura de personalidad, como a las condiciones vitales del individuo.

-El episodio Traumático. Características del estresor:

Si bien existe una relación directa entre ciertos traumas (combate, incendios, violaciones, homicidios), no debemos por ello inferir que un estresor de menor magnitud no desencadene un TEPT (divorcio, enfermedad crónica, desempleo)

-El contexto pre, durante y post episodio traumático: La evolución del cuadro será distinta según la contención y comprensión del medio tanto social como familiar, y la significación y valoración social del episodio vivido. (Para el pueblo Israelí los miembros del ejército son héroes, para el pueblo argentino, durante muchos años la guerra de Malvinas fue un hecho para ocultar, avergonzando a muchos)

"El apoyo social tiene una relación constante con el riesgo de desarrollar TEPT Produce un efecto amortiguador y su ausencia es un factor de vulnerabilidad, previo o que emerge cuando la víctima queda separada de sus redes de apoyo social". Kaplan-Sadok-6ta.Edición

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

Los comienzos fueron muy dificultosos, había que recorrer un camino en el que en principio primó la desconfianza, debida a malas experiencias anteriores y a características propias del TEPT.

Nos convoca en esta primera presentación dar cuenta de lo aprendido a partir del abordaje de la urgencia, que además está decir, es en estos casos, la forma más frecuente de demanda al sistema de salud de nuestros veteranos.

En este informe preliminar, elegimos tomar dos ejes de análisis:

1- Consideraciones desde la perspectiva psiquiátrica y 2- Desde la psicología, para en un segundo momento incorporar un eje desde la sociología, a través del Estudio de Casos con el método etnográfico, en un metanálisis comparativo con veteranos de otras guerras.

Sabiendo que esta fragmentación es al sólo fin de profundizar disciplinariamente la comprensión del problema, sin perder de vista que, aún todos estos aspectos articulados entre sí, no dan cuenta de la dimensión de la complejidad del fenómeno.

ALGUNAS CONSIDERACIONES DESDE LA PSIQUIATRÍA

Las formas más frecuentes de presentación de la urgencia en estos pacientes son:

- trastornos depresivos severos con intentos de suicidio o ideación suicida persistente
- violencia familiar
- bajo o nulo control de los impulsos
- intoxicación por drogas o alcohol
- abstinencias
- episodios de descompensación psicótica
- trastornos de ansiedad en sus distintas formas

De lo anterior se desprende, entre otras cosas, que es poco frecuente la presencia de un TEPT puro, que en casi la totalidad de los casos se presenta en co-morbilidad con otras patologías, muchas de ellas derivadas como consecuencia de no haberse tratado el cuadro en el momento agudo, cronificándose. La ideación suicida, los intentos de suicidio, o bien las conductas de autodestrucción y autoagresión, están presentes en casi la totalidad de los casos de urgencia, de una u otra manera. Sabiendo que han logrado consumar el suicidio 264 veteranos, más los que encubiertamente lo han hecho (sobredosis, accidentes, etc.) y no se tiene un registro claro. Siendo el suicidio uno de los actos humanos que más preguntas despierta, es que nos sentimos convocados a intentar ensayar algunas mínimas respuestas, que seguramente no darán cuenta de la magnitud del tema, pero sí quizás, posibiliten diseñar desde la Salud Mental algunas estrategias de abordaje. Estudios científicos estadísticos de calidad sobre suicidas indican:

- que los varones son cuatro veces más efectivos en la concreción del suicidio. (los V. son varones) respecto de las mujeres
- que el modo de vida incluía: aislamiento, soledad, careciendo de compañía doméstica, desempleo (características presentes en los V.)
- que existía la presencia de eventos existenciales estresantes (demás está decirlo respecto de la guerra)
- que la forma más frecuente es con armas de fuego (la mayoría de los V. tienen armas en sus casas)
- que el suicidio es entre 60 y 120 veces más frecuente en pacientes alcohólicos que en la población general, Población G. del 0,4 al 0,9 % en alcohólicos del 2,2 al 3,4 % (el alcoholismo es una co-morbilidad altamente frecuente en el PTSD)
- que el 45 % de las víctimas de suicidio padecía un trastorno depresivo (es una de los trastornos más presentes en los V. En co-morbilidad con PTSD o sólo)
- que el 98 % de los que consumaron el suicidio, padecía una enfermedad del cual el 94 % era psiquiátrica, siendo las más frecuentes; trastornos afectivo mayores, alcoholismo, abuso de sustancias, psicosis (todas altamente frecuentes en los V.)

Con esta mínima enumeración podemos comenzar a inferir, desde la estadística, ciencia objetiva y descriptiva, algunos factores que han determinado claramente el curso del destino de muchos de nuestros Veteranos. Más aún cuando desde la implementación del Programa, prácticamente 4 años, en la provincia de Buenos Aires no ha ocurrido ningún suicidio, siendo que de darse las tendencias naturales de los factores de riesgo, en función de la edad y el tiempo transcurrido, lo esperable sería lo contrario.

ALGUNAS CONSIDERACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA

"264 suicidios entre el 82 y el 97". La pregunta que ellos se hacen es "porqué nadie nos preguntó por nosotros, por lo que pasamos nosotros". El pasado actúa sobre las singularidades pero requiere de la construcción de la realidad histórica para poder actuar sobre el presente. Estos suicidios son parte de nuestra realidad y uno no puede ser el mismo a partir de tener esa información. "Tengo miedo de volverme loco y que me pase lo

mismo que a x" No puedo dormir, ¿cuándo comenzó? Hace 16 años. Muchas veces se dice que los veteranos no quieren hablar de lo que vivieron, ¿ellos no querían o no tenían un lugar para su palabra, que es parte de nuestra historia? Ellos se hicieron un lugar dentro de la sociedad que no solo desoía sino que marginaba "si decís que sos veterano no te toman". "Me cambiaron de sección cuando se enteraron, me mandaron al sótano porque me decían que no podía atender más al público porque era inestable bajo presión". En la primera etapa del trabajo la atención estaba destinada a situaciones críticas. Una crisis nos habla desde un lugar distinto que el de la palabra por lo que hay que tratar de propiciar un lugar para que algo pueda ser dicho, para que en una segunda etapa se trata entonces de invitar a articular los ruidos en palabras. Pasar al terreno simbólico. Allí es donde comenzamos el paciente y yo a inscribir algo de la Historia y de su historia. "10 de junio fecha clave, me las ingeníé para trabajar, nunca estuve tan mal como ahora. Hay cosas que quiero entender y no entiendo. Me quiero expresar y no puedo... Casi mato a un tipo. Fui a pescar con un amigo y amigos de éste, a las 11:00 hs ya estaban tomados. No me los bancaba. Uno me dice: vení acercate que no te vamos a violar como los ingleses. Lo tiré al piso, agarré una cuchilla y se la puse en la garganta...tuve una reacción que lógicamente no debí haber tenido, yo no puedo hacer eso. Pero lo hiciste, le marco el yo que enuncia. No sé, fue como inconsciente pero paré. Si lo mato voy preso y el que se jode soy yo. Era como una película vos ves lo que pasa pero no reaccionás, estaba sordo se apagó todo de golpe. ¿Como en Malvinas? Sí igual, la misma sensación por unos segundos, no entendés nada, estás solo. Me desbordó la situación. Cuando actúo no me expreso, es una falla de mi persona. Fue una descarga, un impulso. Lo traumático rompe con los garantes simbólicos. La posición del terapeuta promueve que el individuo se implique subjetivamente. Lo traumático debe transformarse en síntoma para que algo de la implicación subjetiva se constituya. El trauma adviene cuando la realidad fracasa, produce un agujero allí donde uno tenía consistencia. El trauma insiste, no deja de inscribirse, insiste. Hay que hacerle un lugar al trauma, dejarlo hablar, escucharlo. A medida que fueron pasando los años, ya vamos por el cuarto, ha crecido y se ha multiplicado la demanda. El trabajo no se circunscribe a los meses críticos y el nivel de prevención va en aumento. Atravesar por esta experiencia ha ampliado nuestro horizonte, borrando prejuicios y preconceptos, hasta inclusive conceptos teóricos. Nuestras intervenciones no han sido tradicionales, fiesta de cumpleaños, almuerzos donde compartimos la cocina. Mateadas con bizcochos. Al principio la demanda es masiva y es necesario responder porque necesitan asegurarse que serán escuchados, luego el nivel de demanda disminuye y ya no piden más que ser escuchados, pero uno tiene que estar allí, "al pie del cañon" dirían ellos que han transformado su vida durante muchos años en una metáfora de la guerra. Queda mucho trabajo por delante, mucho conocimiento por construir, seguir estudiando, y aprendiendo.

06-mar-2001

Dra. Silvia G. Bentolila y Lic. Bibiana Gómez Cabrera