

LA BRANCALEONE II

CONCEPTOS, EXPERIENCIAS Y BELLOS RELATOS DE LA
DESMANICOMIALIZACIÓN RIONEGRINA

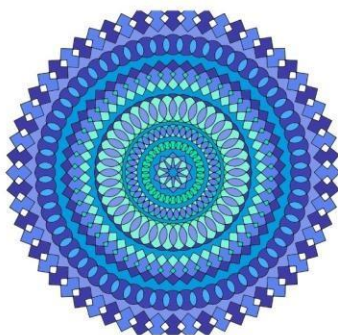
PRÓLOGO DE ALFREDO J. CARBALLEDA

José Schiappa Pietra, Andrea Mancardo, Mariana Paulín Devallis, Claudia Baffo, Roberto Irigoyen Testa, Aníbal Gutierrez, Soledad de Caso, Fernando Cortés, Norberto Altamirano, Mirta Elvira, Federico Schenkel, Adriana Iribarren, Marisa Lemos, Mely Barría, Julieta Testa, Ramón Domínguez, Victoria Santangelo



A.C.E.R. VIDA
ASOCIACIÓN COMUNITARIA DE ESTUDIOS
RIONEGRINOS

**Creaciones artístico-literarias de JUAN MARIANO
ICARDI, ALINA DURANTE, LUIS FOTI, JONATHAN
PLAZA, ALICIA MABEL PEÑA PINILLA, HÉCTOR
ROBERTO ZUÑIGA, GUILLERMO GARBIN**



LA BRANCALEONE II

**Conceptos, Experiencias y Bellos Relatos
de la Desmanicomialización Rionegrina**

General Roca, agosto 2019

Kuruf ediciones está conformado por grupos editoriales y de distribución de materiales autogestionados de distintos lugares del país. Estamos construyendo día a día nuevas formas de relacionarnos que permitan vislumbrar una sociedad mejor.

Creemos que formas de producción alternativas tienen que ir acompañadas de otras maneras de distribución. Ninguna libertad vamos a encontrar en el mercado.

Si te interesa podés participar:

- * aportando lo que producís
- * difundiendo lo que otros grupos y personas hacen
- * acercando textos interesantes para editar
- * conformando grupos para distribuir
- * si tenés la posibilidad de viajar podés transportar materiales para ahorrar gastos de envío.
- * o dando a difusión la idea.

Este es un camino largo y no hay prisa.

Para más información escribinos a:
dyekuruf@yahoo.com.ar
www.editorialkuruf.wordpress.com

LA BRANCALEONE II

**Conceptos, experiencias y bellos relatos de la
Desmanicomialización Rionegrina**



***A nuestro querido amigo Enrique Ganin,
con quien compartimos la lucha.***

INDICE DE CONTENIDOS

7 PROLOGO *Alfredo Carballeda*

11 INTRODUCCIÓN *José Schiappa Pietra*

15 APERTURA: PABLO ANDRES FRANCO – TIENE ACERO.
Roberto Hipólito Irigoyen Testa.

PARTE I: CONCEPTOS

19 LA OLLA, LA CAMA Y LA MAÑANA. *Soledad de Caso*

35 YO NO ESTUDIÉ PARA ESO. *José Schiappa Pietra*

67 INVOLUCRACIÓN. *Aníbal Gutiérrez*

77 LA BATALLA CONTRA EL ESTIGMA *Mirta Elvira*

97 LA ESCRITURA COMO LAZO SOCIAL. *F. Schenkel y A. Peña*

105 INVESTIGAR LA DESMANICOMIALIZACIÓN. *M. Paulin Devallis y
C. Baffo*

119 APORTES DESDE LO LOCAL A LAS REFORMAS EN SM.
Claudia Baffo y Mariana Paulin Devallis

PARTE II: EXPERIENCIAS

137 COSAS MÍAS. *Fernando Cortés*

145 LOS DESAFÍOS DE VIVIR EN LIBERTAD. *Andrea Mancardo*

157 LOS BENEFICIOS DE COMPARTIR *Alina Durante*

159 EXPERIENCIA VIVIDA EN LA DESMANICOMIALIZACIÓN
Ramón Domínguez

165 LA VUELTA DE SERGIO O CALEUCHE “OTRA GENTE QUE ANDA”
Marisa Lemos

177 PASAN COSAS EN EL HOGAR. *Ramón Domínguez y Julieta Testa*

181 EL BUFO. *Adriana Iribarren y Mely Barría*

187 PEÑA LIBERTAD. *Victoria Santangelo y Mariana Paulin Devallis*

201 RELATO DE TRATAMIENTOS. *Norberto Altamirano*

PARTE III: BELLOS RELATOS

- 213** Filosofía. *Juan Mariano Icardi.*
- 214** La bicicleta paranoica. *Juan Mariano Icardi.*
- 215** La bondad de los árboles. *Guillermo Garbin.*
- 216** Prólogo a los Cuentos de Luis Foti. *José Schiappa Pietra*
- 217** El loco de Jacobacci y los nueve locos. *Luis Foti*
- 227** Las aventuras de Tito. *Héctor Roberto Zuñiga.*

231 CIERRE: TRIBUTO A ANA LÍA BROIDE

235 ACERCA DE LOS AUTORES

PROLOGO

Por: Alfredo J. M. Carballada

El presente libro: “Brancaleone II” se nos presenta como una invitación a repensar la Desmanicomialización en tanto un proceso que se construye desde un el lugar de interpelación, de la alteración de un orden que se acepta como natural y como un conjunto de conceptualizaciones y prácticas que no es posible de ser pensado sin creatividad.

La lectura de este libro, nos lleva a diferentes artículos, ensayos, ateneos, historias, relatos que se hilvanan de diferente manera, pero que todas se cargan de sentido, como en un juego, donde la interrelación no puede desprenderse de lo solidario, lo histórico y lo creativo. Así, los autores logran construir un diálogo donde el orden de éste, es el camino que puede elegir el lector, sin ningún tipo de coordenada que lo condicione.

Igualmente, estas diferentes producciones dialogan entre sí, construyen respuestas y también más y nuevos interrogantes. De esta manera, el libro, desde el orden en que se presenta, puede ser entendido en sí mismo como una práctica, como una forma de pensar la Salud Mental, donde se encuentran y dialogan, el cuidado de la integración social, lo relevante de los vínculos, el hacer en conjunto y el construir con los otros.

De esta manera se reafirma una singular centralidad de la creatividad, poniendo en acto la premisa de que no hay tarea posible sin espacio para lo lúdico. La impresión que genera esta producción colectiva, es la de estar frente a un proceso en construcción que convida, invita, al lector a sumarse, a involucrarse y pensar más y nuevas ideas.

Brancaleone puede ser entendido sí mismo como un acto de Salud Mental que tiene la capacidad de, como si fuese un libro con magia propia, lograr transformaciones e interpelaciones en el lector.

Nos lleva a una literatura que se funda desde una manera del saber hacer con otros, especialmente en el caos, en el desorden, en la posibilidad y necesidad de pensar otros órdenes. Si, como se afirma en el texto; la Salud Mental es estar acompañados, la sensación cuando se lo lee es la de no estar solo, de compartir con otros, de debatir y reflexionar.

El texto logra ese fin, tal vez, sin proponérselo explícitamente, transcurriendo en un orden que es lo más semejante a la vida cotidiana y a su imbricación con las prácticas, abriendo puertas para que cada lector arme su propia secuencia, su propia lógica, siempre dentro de marcos conceptuales y perspectivas muy profundas y argumentadas desde un hacer que propone indirectamente terminar con las viejas discusiones epistemológicas entre teoría y práctica, individuo y sociedad, lo cuantitativo y lo cualitativo.

Todas estas cuestiones están allí entremezcladas, organizando una forma de orden que de adecua a las características de cada circunstancia que allí se expone.

La defensa de los Derechos Humanos, el nivel de implicancia de los trabajos, la fundamentación de las posturas que se presentan, la toma de partido sin ocultamientos, también nos muestran que este es un libro esencialmente político. Un libro que se construye desde una política que no se proclama desde grandes manifiestos, declaraciones ampulosas o definiciones comprometidas.

Lo político está ahí, como agazapado, esperando al lector para interpelarlo, para que este pueda construir alguna respuesta o nuevas preguntas que se salgan de lo establecido como cierto y valedero. Lo político se hace práctica en cada experiencia, análisis, investigación o reflexión que se encuentra en el texto, sin la necesidad de ser enunciado como tal.

Lo político, como aquello que puede cambiar una forma de vida, un orden una sociedad se expresa a través de la reflexión que se produce en el hacer. Desde la inclusión de la voz de los usuarios en todo el cuerpo del texto, aunque explícitamente solo hablen en

una parte de él, hasta la reafirmación de la necesidad de involucrarse, pasando por lo que en el libro aparece como la batalla contra el estigma. La afirmación de que la cura es inclusión social y el tratamiento se construye desde las formas en que nos involucramos, nos abren una serie de más y nuevas preguntas cuya respuesta también pasa por la importancia de lo político como necesidad de acompañamiento, desde el sentido, el apoyo o el desarrollo de estrategias de intervención.

La noción de Salud Mental Comunitaria que atraviesa prácticamente a todo el texto supera los parámetros formales de las definiciones académicas y de los organismos internacionales. Esta, se presenta como algo vivo, en permanente proceso de construcción y deconstrucción, desde una afirmación tan profunda como simple: “Salud Mental es estar acompañados”. Pero también las acciones de intervención, aunque también se pone en discusión este término, se expresan a través de lo lúdico y lo creativo, de esta manera, desde uno de los trabajos se nos invita a pensar a la escritura como lazo social, así, la misma, también puede ser una forma de alivio, acompañamiento y encuentro con el Otro. Parafraseando al texto; sosteniendo al usuario, simplemente estando, acompañando, involucrándose.

La idea de que la constitución y reconstitución del sujeto, es posible desde lo autogestivo, también se expresa y fundamenta incitando a pensar y convocando a reproducir experiencias cargadas de sentido que marcan como uno de los horizontes el hacer caminos, librar batallas cotidianas y permanentes contra el estigma.

Los que empezamos a aproximarnos a la noción de desmanicomialización a partir del texto “La Institución Negada” de Franco Basaglia, podemos encontrar en Brancaloneo 2 una evocación de ese texto pero de manera diferente, situada, territorializada, desde la puesta en marcha de un pensamiento situado que no solo denuncia, sino que hace y el compromiso se hace cuerpo en el hacer cotidiano, en la necesidad de repensar las prácticas, en la formación permanente, que solo puede darse en un diálogo profundo e intenso con el territorio. Con un territorio del

cual formamos parte, que nos construye y que existe en la medida que es contado, relatado por múltiples voces, especialmente las que están cargadas de estigmas.

La historia de los 9 locos que forma parte del libro, pero que también lo atraviesa, da cuenta, de esa territorialidad.

El texto también habla de la posibilidad de generar conocimiento en las prácticas de este tipo, de construir una forma de conocimiento que enriquece la descripción y las tabulaciones, superándolas en un diálogo con la práctica.

Brancaleone 2 es una invitación a repensar el hacer a involucrarse a trabajar en la recuperación y reconstrucción de una sociedad que reproduce estigmas y formas de exclusión.

Alfredo J. M. Carballeda
Buenos Aires, 25 de Abril de 2019

INTRODUCCIÓN

José Schiappa Pietra – Acer Vida

Este libro presenta escritos de diferentes autores. Diferentes porque provienen de variados profesionales, provistos ellos de heterogéneos saberes y ejerciendo sus prácticas en dispares establecimientos sociales.

También para algunos (no para nosotros) quizás sea una curiosa publicación que pretende desarrollar una manera de hacer curas y terapéuticas de salud mental, incluyendo personas no profesionales que relatando subjetivos sentires e interpretaciones, tratan de mostrar las bondades de un nuevo tipo ayuda al sufriente mental.

La desmanicomialización rionegrina suele ser citada en innumerables escritos nacionales y extranjeros, por diversos ensayistas y estudiosos de procesos institucionales que buscan mejorar el tipo de tratamiento que actualmente se brinda. Pero es notable la escasez de autores rionegrinos que hayan realizado publicaciones para dar cuenta de su hacer y sentir.

De la desmanicomialización rionegrina se habla habitualmente en los círculos doctos, bien o mal no importa ahora, siendo notable que sean tan pocos los rionegrinos que han publicado sus experiencias, sus ideas. Muy pocos rionegrinos que son o fueron actores de la experiencia desmanicomializadora, han escrito sobre sus prácticas o ideas rectoras.

Por eso este libro, más allá de los aciertos o errores que se le pueda atribuir, sea en lo conceptual o en el sentido sanitario que propone, creo que posee como valioso contenido que encierra en sus páginas la palabra de los propios ejecutores de la desmanicomialización rionegrina.

Que estén aunados en una misma presentación literaria trabajadores y usuarios de los Servicios de Salud Mental, dan a este

producto una cualidad extra que debería valorarse y a la que proponemos reconocimiento.

Por otro lado, esta presentación la hacemos como “sembradores” en el tiempo. Lanzamos “semillas” al aire que, si tienen valor y capacidad de adaptación a un contexto socio-cultural, si encuentran suelo fértil, si caen no importa donde y cuando en tierra apta, puedan germinar y ayudar a quienes traten de abordar temáticas semejantes.

Dicho de manera directa, lo que la desmanicomialización rionegrina pueda poseer de bueno, solo por lo escrito perdurará. Es el gran valor de la escritura. Y es bueno, mejor, más auténtico, que el relato sea producto de los mismos protagonistas.

No despreciemos la escritura diciendo que es mejor bien situarnos en lo que es moda de época en los actuales medios de comunicación de masas. Que adoptemos formas que con imágenes impresionen de manera más emocional.

Nosotros creemos que sin despreciar lo que a modo de emoción nos afecta y nos hace captar lo existente, lo emocional es siempre parte del registro mental, el gran avance de nuestra civilización casi coincidió con el invento de la escritura. Que fue cuando ingresamos en la etapa o era histórica que la humanidad alcanzó su mayor desarrollo y capacidad de adaptación.

En esta época de imágenes publicadas, que se escriba un libro parece un arcaísmo. Algo casi fuera de época. Pero no es así. Solo perdura aquello que se puede fijar como señal perdurable en el contexto socio-cultural. Luego la interpretación que deriva de nuestra capacidad simbólica, la cargará de simbolismo. A lo que allí se muestre presente se le podrá agregar lo que esté ausente y que como contenido le querramos enlazar.

Por eso creemos que la desmanicomialización, la promoción sanitaria y social de las personas con sufrimiento mental, sin poseer sus relatos impresos, se perderá en el devenir de los hechos cotidianos. Y no sería justo.

Este libro de manera implícita muestra en diferentes capítulos, escritos por distintos autores, que la heterogeneidad de sentires y saberes puede aunarse en un todo. Un todo histórico, moral y sentido. Y si profundizamos en sus textos podríamos ver como diferentes subjetividades interpretando- conceptualizando- sintiendo lo vivido, comparten esencialmente lo mismo.

Y que precisamente eso, la muestra de tal multiplicidad, es lo importante. Y podrá sentir el lector que hay cierta familiaridad en todos los escritores. Que está presente un enlace que aúna a cada relator y los remite a una totalidad. Que los protagonistas de la desmanicomialización conforman una comunidad. Se podrá intuir que eso los caracteriza. Y que eso es la vida de una agrupación, que vivieron la desmanicomialización todos en un todo.

Por último queremos contar a los lectores que este libro lo genera, lo idea y promueve, una agrupación denominada ACER VIDA (agrupación comunitaria de estudios rionegrina). Un conjunto de personas con diversas formaciones, estudios y experiencias institucionales, dispar en subjetividades, pero aunadas en el sentirse uno con los otros.

Esta agrupación de estudio, investigación y producción, ofrece con este libro algo de lo que se ha estado haciendo en una provincia Argentina para salud mental. Y la hace para que, si se quiere, puede o desea, si es pertinente, alguien lo use en otras latitudes. Así, se lanzan al “viento” los contenidos de esta “Brancaleone 2”. Vuela vuela pajarillo.

CAPÍTULO IN MEMORIAM

PABLO ANDRES FRANCO TIENE ACERO

Roberto Hipólito Irigoyen Testa.

Escrito el último domingo de octubre en homenaje al amigo caído, entre las bellas montañas patagónicas. 2018.

Es una mañana de oro acá en Trevelin.

Aparece el recuerdo de mi amigo ido.

De repente, un verano, la partida como una golpiza estival:
corta, *TRAC*.

Un gallo en estéreo suena a tiempo. Las primeras luces
bruman a Trevelín, plin-plin-plin...

PABLO ANDRÉS FRANCO.

Y la trayectoria compartida: charlas, debates con su acento
filosófico y sociológico. Tal vez acento castizo.

Y el encuentro: comunión mística en la ideología que
coincide; comunión mística entre empanadas, vino y arroz.

Su estela firme y clara hizo TRACK – TRACK contra su
corazón ¡y menos de 50 años!

ARROZ . GALLO . ORO

Pablo no era de oro, no. Fue de acero. Tenía acero. *Tiene
acero* (su espíritu y palabras se perpetuaron en sus libros y amigos).
Acero bien templado. Con el que resistió firme los vendavales de su
vida –y de la desmanicomialización.

Las montañas en 1 trazo enmarcan los campos de tulipanes.
Tulipán, pan-pan-pan...

Montañas: lo evocamos, como San Martín, atravesando la
Cordillera enhiesta que los bestias de Roca le ponían al final del
milenio sobre el Instituto Nuestra Casa que coordinaba (ver detalles

en su libro Vida de las Instituciones). Salió con los pies para adelante (como escribe en un agradecimiento: “a todos los que me acompañaron en la mala hora” y en otro: “a los enfermeros y médicos de guardia el 9 de septiembre de 2001 en el Hospital de General Roca”) lo que le valió la estigmatización de los miserables y conservadores compañeros de la provincia...; pero Pablo, el resiliente, se recuperó: -“*Mirá!, tiene acero...*”

Y años más tarde coordinó la provincia rionegrina en su faceta de la Salud Mental Comunitaria, junto a Pepe.

Éste es el hombre que entregó su vida por la desmanicomialización; aquéllos otros –hombres mediocres diría José Ingenieros- disfrutaban sus módicos sueldos hasta fin de mes vivitos y coleando sin riesgos entre naderías y cervezas caseras.

Un cielo bajo ahoga el amanecer, como aquel terrible día de su muerte, cuando aún debatíamos su capítulo sobre “Historia de la Desmanicomialización” que publicamos en “LA BRANCALEONE I”. Y SOBRE LIBROS SU VIDA FUE PROLÍFICA; publicó varios en su doble perfil de sociólogo y psicólogo comunitario, como p.ej.:

- *Los Caminos del Sentido*: con aire sensible y profundo a Víctor Frankl, en la búsqueda del sentido de la vida;

- *Vida de las Instituciones*: ver arriba;

- *Utopías Animadas de Ayer y Hoy*: donde es testigo protagonista de las epístolas dirigidas por el (todavía) desconocido Padre Andrés de Bernal hacia el ilustre Papa José María I de la Iglesia Católica; en el marco de una federación futurística que llamó Nueva Hipona, donde aparece la *Congregación Brancaleone*. En este libro es donde más se encuentra su veta católica que lo rigió –por eso escribo esto con una pluma que homenajea al Papa Juan XXIII, el Papa Bueno como Pablo, y la apertura al mundo con el Concilio Vaticano de la Santa Iglesia Católica- ;

- *La Brancaleone*: teoría y práctica de la desmanicomialización: la primera parte del presente volumen.

- *El Hombre Abatido*: donde describe aquellos hombres derrumbados de fines de los noventa cuyo contexto se les licuaba... y esto me trae la imagen de Pablo en una reunión provincial, defendiendo su postura a pie firme (“-Mirá, tiene acero!”) que había que priorizar el contexto de las vidas rotas que atendemos para poderlos levantar y que después, en un segundo plano, se trabajaría con el texto que cada sujeto trae.

Yo como residente lo entendí perfectamente; sin embargo, ¡ay!, mama mía!, la vieja planta profesional psicológica lo resistió muy heteroagresivamente... y le comían el hígado como el águila a Prometeo encadenado.

Ahí entendí que nuestro karma, el cáncer que carcome a los efectores de la salud mental comunitaria rionegrina, es que no se pueden desembarazar de las viejas prácticas del modelo tradicional y hegemónico que les inculcaron en pre-grado; lo que les impide dar respuestas innovadoras y creativas necesarias para que siga marchando el programa con un enfoque comunitario en salud mental; por ello hoy surgen respuestas institucionales (a veces nefastas) que no tienen nada que ver con lo que nos enseñaron nuestros próceres de los '80 y '90: firmes ante la impredecibilidad, absolutamente flexibles para dar la respuesta necesaria ante cada eventualidad y cristalinos en lo ideológico.

(Algo similar sucedió cuando años más tarde Diana Jerez como coordinadora nos pidió “salir de los consultorios para enfocarnos en las prácticas territoriales comunitarias” y que tuvo como respuesta *abuqueo* generalizado con similar resistencia recalcitrante del mismo grupo mediocre y conservador: “- Nosotros licenciados profesionales psicólogos dejar de atender el consultorio? ¿Cómo puede ser!?! ¡Habrase visto!”)

Un lindo recuerdo mío de Pablo es cuando me promocionó para dar una charla sobre “suicidios”, confiado en mí más allá de lo clásico que se le solicita a mi disciplina médica (psicofármacos, urgencias, etc.). Así, Pablito “me presentó a Durkheim” y logré investigar y disertar sobre la epidemia de suicidios que presentó

Bolsón en 2012 y que fue endemia hasta la fecha... Le agradezco una vez más la confianza que él depositó en mí, con gran convicción...

Y por último quiero destacar en Pablo Andrés su "correligionariedad": era un radical de pura cepa, acérrimo afiliado a la UCR, que defendió su rojo y blanco con todas sus convicciones y firmeza ("-Tiene acero..!"). A él sí le cabría con precisión el centenario lema de ese partido: *"que se rompa y no se doble el Partido Radical..."*

Creo que ese fue el último estresor de su vida: la muerte política de la UCR al doblarse hasta la genuflexión hacia el Presidente Macri, que genera día a día más hombres abatidos, como aquellos sobre los que escribía al final de los '90...

Al fin y al cabo, mi conclusión es clara y contundente: PABLO ANDRÉS FRANCO *FUE UN HOMBRE BUENO.*

LA OLLA, LA CAMA, LA MAÑANA.

Soledad De Caso

(Algunas ideas para delinear y desarrollar una suerte de mirada previa que contribuya a considerar nuestra participación en una situación desde la teoría comunitaria:

Para pensar cómo será nuestra participación y si esta se efectivizará es importante poder interrogarnos, y esto no nos va a resultar nada nuevo... porque me refiero a clarificar nuestros puntos de partida... si es que los hay... y nuestros puntos de llegada... si es que los hay... desde donde nos posicionamos, con quienes, dónde y para qué...

¿De dónde partimos, en dónde podemos posicionarnos...? ¿Hacia dónde vamos?

Vamos a comenzar... por el final... a veces es más fácil ver mejor lo más lejano.

Tal como dice el Enf. Fernando Cortez (1) “La modalidad de trabajo en Salud Mental Comunitaria en la Provincia de Rio Negro es Inter/transdisciplinaria, interinstitucional, intersectorial e interparadigmática. Es un hacer entre diferentes disciplinas, entre sectores, entre instituciones y con miradas diferentes pero que aun así, confluyen en el objetivo final que es la Reinserción Social”

Al respecto el Lic. José Schiappa Pietra (2) refiere que la finalidad de las prácticas de salud mental comunitaria, de acuerdo a la modalidad de trabajo que llamamos rionegrina, es la inclusión social. La práctica comunitaria, desde un Modelo Curativo-Promocional, implica ir más allá de los muros de los establecimientos hospitalarios y pensar en otros espacios y tiempos a la hora de diseñar una potencial estrategia terapéutica que promueva la inclusión social.

Por lo tanto, desde la teoría comunitaria concebida bajo el modelo de trabajo rionegrino, el “hacia dónde vamos” siempre se respondería: “hacia la inclusión social”.... Esta respuesta se constituye en el pilar, en el faro que nos proporciona las señales... en la guía que orienta la práctica y la tarea de todo aquel que quiera adherir a esta mirada, y desde cualquier ámbito cuyos objetivos encuentren alineación con este.

Si bien cada institución y cada sector que trabaja con personas tienen su propia finalidad, sus propias limitaciones y modos de funcionamiento todas se encuentran enmarcadas en Leyes que nos son comunes a todos.

Por este motivo nos vamos a detener un poco en aquello que tenemos en común...

Toda ley constituye una norma jurídica, un precepto que nos ordena, nos prohíbe o nos permite, y a partir de la cual los sujetos, los grupos y las instituciones nos organizamos y convivimos. Cada nueva norma y acuerdo que se establece en forma posterior, debe estar en armonía con aquellas ya instituidas y consensuadas. Las leyes y normas delimitan nuestro libre albedrío; lo encuadran, nos rigen, nos condicionan y regulan nuestra conducta social a fin de que los derechos de todos puedan ser considerados, validados, ejercidos y respetados.

Los *derechos humanos* entrañan derechos y obligaciones que son inherentes a todos los seres humanos. Nadie, ni el más poderoso de los Gobiernos, debería tener la potestad de suprimir, vulnerar, privar, impedir o negar dichos derechos. Para gozar de ellos no debería haber ningún tipo de distinción o privilegio (sexo, nacionalidad, lugar de residencia, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, edad, partido político o condición social, cultural o económica) y estos deberían ser universales, indivisibles e interdependientes.

A lo largo de los años nos hemos encontrado con un prolífico historial de violaciones y atropellos a la dignidad e integridad humana en todas sus formas: torturas, abusos,

injusticias, esclavitud, homicidios, genocidios, femicidios, entre otros...

En 1948, en París, tras lo ocurrido antes, durante y después de la Segunda Guerra Mundial la Asamblea General de las Naciones Unidas promulgó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Allí se establecieron, acordaron, pactaron y publicaron 30 artículos, los cuales se convirtieron en el marco de referencia al que todas las leyes y actuaciones políticas se ajustan y de las cuales no pueden/deben apartarse.

Estas leyes y actuaciones son las que nos enmarcan a todos como sujetos y como trabajadores, integrantes de esta sociedad. Por lo tanto, más allá de las diferencias que cada institución u organismo pueda tener en relación a sus misiones y funciones, hay un andamiaje regulatorio de nuestra conducta social que es común a todos y ordena nuestras posibilidades de acción y palabra. Y de esto común es que podemos partir para pensar nuestro quehacer desde los espacios que habitamos y en los que ejercemos nuestra labor.

Partimos, entonces desde lo común que nos orienta y regula: desde las leyes que apuntan a reconocer, valorar y defender la dignidad humana de cada uno de los sujetos que habitan este territorio.

Por mencionar algunas... en Argentina se encuentra la Constitución Nacional, la ley 26.657 (Ley de Salud Mental), la Ley 26.485 (Ley de Violencia contra la Mujer), la ley 26.061 (Ley de Protección Integral de los Derechos del Niños, Niñas y adolescentes), la ley 26.206 (Ley de Educación Nacional), entre otras. Y en Río Negro la Constitución Provincial, la Ley Provincial de Salud Mental 2440, la Ley Provincial de Protección integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes 4109, la Ley Provincial de Violencia Familiar 3040, la Ley Provincial de Educación N° 4819.

Una mirada desde la Salud Mental Comunitaria Rionegrina promueve fundamentalmente el derecho de las personas a una vida cualitativamente digna con otros, entre otros, en el que cada sujeto pueda tener la capacidad y la oportunidad de enrollar y desenrollar

su “poder”, de ponerlo en juego en la compleja trama de interacciones que se gestan en la mutua convivencia.

Pero ¿a qué nos queremos referir con enrollar y desenrolla su Poder? Para esto debemos mencionar dos palabras que tuvieron su momento de debate: Poder e Inclusión Social

Con “Poder” queremos aludir a la capacidad de influir significativamente en otros; la cual se ejercita, se dirime y ejerce diariamente constituyendo el encuentro-desencuentro, la interacción, que nos posibilita hallar (en un descubrir construyendo) nuestro lugar comunitario, nuestro lugar entre otros. Y esto a su vez implica la capacidad de resistir, sostenerse, preservarse y sobreponerse frente a la opresión, de defenderse de la inequidad, de emerger de la vulnerabilidad, la sumisión y entrega pasiva a las adversidades y la soledad, la capacidad de irrumpir en el despojamiento al que nos puede arrojar el abuso de poder de algunos otros. Como hemos dicho y observado, a lo largo de nuestra historia, en este camino de encuentros y desencuentros no es raro tropezarnos con algunos otros que se imponen avasallando las dignidades humanas, y quebrantando la construcción de sociedades fraternas un poco más respetuosas, humanitarias y justas. Esta capacidad de resistencia a la que aludimos, nos habilita y nos permite emigrar de un lugar de “No Ser siendo con otros” a una zona de posibilidad, de posibilidad de “Ser siendo con otros”. Y esta posibilidad de Ser con otros, ese “estar habilitado y habilitarse” para ser, hacer, transitar y convivir en y con las diferencias y vulnerabilidades es lo que podemos considerar como inclusión social. Ser en el mundo... ser parte del mundo... hacer en el mundo...

Cuando se produce exclusión social los sujetos se ven despojados de la capacidad de participar de las múltiples y diversas posibilidades y oportunidades sociales, económicas y culturales. Y no solo de la capacidad de participar, sino también de la capacidad para habilitarse y ejercer influencia.

Qué miramos para considerar si es necesaria nuestra participación y acompañamiento en la tarea de propiciar la inclusión social de una persona?

Lo que voy a expresar a continuación proviene de una serie de discusiones que se fueron desarrollando en los encuentros de los que formé parte, en los inicios de la agrupación A.C.E.R. VIDA (Asociación Comunitaria de Estudios Rionegrinos VIDA).

Cuando surgió la idea de fundar dicha agrupación comenzamos a reunirnos y a proponer variados temas que nos resultaban significativos en relación a la práctica de la Salud Mental Comunitaria en Río Negro, a fin de problematizar o pensar acerca de los mismos. Quizás como broma al principio, quizás como parte de una búsqueda, nos fuimos planteando que era importante mirar, atender, explorar, o evaluar para considerar necesario nuestra participación en una situación.

Si nos ubicamos en que nuestra tarea como agentes de salud se dirige a propiciar la inclusión y reinserción social de las personas que padecen sufrimiento mental o, como ocurre en mi caso, si nuestra tarea como agentes de la educación se dirige a propiciar la inclusión social y educativa de los estudiantes entonces podemos juzgar como pertinente la necesidad de detectar y abordar todas aquellas situaciones en las que los sujetos se ven despojados de la capacidad para habilitarse y ejercer influencia y de la capacidad de participar de las múltiples y diversas posibilidades y oportunidades sociales, económicas y culturales.

Pero como podemos evaluar esto? Qué podemos observar? Qué criterios desarrollamos en función de la inclusión social como eje de nuestra "intervención".... O debería decir participación...?

Frente a estos interrogantes comencé a preguntarme también ¿Qué significaba y que implicaba "intervenir"? Cuando comencé a bucear en la Real Academia Española me encontré con una notable variedad de significados. El término proviene del latín *intervenire* y significa "venir a ponerse entre dos o más cosas". Está compuesto por el prefijo *inter-* (entre) y *venire* (venir).

Entre esta variedad de significados develados aparecieron palabras como examinar, censurar, controlar, disponer, ofrecer, aceptar o pagar, dirigir, limitar o suspender el libre ejercicio de actividades o funciones, espiar, fiscalizar, operar, ejercer autoridad, tomar parte en un asunto, interponerse, interceder o mediar, sobrevenir, ocurrir, acontecer.

Y fueron estos significados los que me recordaron algunas producciones relacionadas con el término intervención. En la Facultad de Ciencias Políticas y Social Comunitaria de Mendoza, en noviembre de 2017 se organizó el V Encuentro Nacional de Psicología. En dicho encuentro el Lic. Claudio Martínez de la Cátedra Salud Pública y Comunitaria de la Universidad del Comahue de Río Negro presentó un trabajo titulado “La intervención como camino hacia la implicancia”, en el que menciona a Moreno Olmedo, y expresa que este último propone una profundización del concepto de INTERVENCIÓN para poder dejar de hablar de INTERVENCIÓN.

Lo que se plantea aquí es nuestro papel y nuestro posicionamiento en la intervención...vamos a “intervenir”? desde dónde? Vamos a fiscalizar, operar, ejercer autoridad, o tomar parte en un asunto, nos vamos a interponer, interceder o mediar, vamos a dejar que algo acontezca, que algo surja, que el otro surja, vamos a acompañar, guiar, decidir?

Debo aclarar que habiendo leído el texto de Moreno Olmedo en los que se ha interpelado el uso del término intervención y, aun estando en proceso de decidir o no respecto de su uso, he preferido, por el momento, sustituirla por participación y les dejo a los lectores curiosos la inquietud de profundizar en su indagación (3).

Volviendo a la búsqueda y el diseño de una suerte de mirada que nos ayude a la hora de considerar nuestra participación en situaciones de exclusión social encontramos que la Psicología estudia los diversos problemas que atañen a la conducta humana y nos provee de numerosos elementos y recursos evaluativos: observaciones, entrevistas, escalas, biografías, cuestionarios,

técnicas proyectivas, diferenciales semánticos, narraciones, tests, entre otros.

Dichos elementos y recursos nos permiten un acercamiento a nuestro objeto de estudio que, en nuestro caso, desde la teoría comunitaria, podríamos considerar como la inclusión/exclusión social de un sujeto en un momento particular.

Y con esto podríamos referirnos a todos aquellos que concurren a nuestras escuelas con el deseo de aprender y no pueden lograrlo, a los que están alojados en cárceles, a los que están desocupados, a los que tienen discapacidad o un padecimiento mental y que no pueden acceder o participar de los espacios sociales y comunitarios, a los que buscan un proyecto que dé sentido a la vida que les ha tocado vivir.

Entonces ¿qué elementos y recursos nos serían útiles? La observación, la entrevista, la visita domiciliaria, entre otros. ¿Y qué observaríamos? ¿Qué indagaríamos? ¿Qué necesitaríamos conocer?

Para evaluar la necesidad de nuestra participación desde una mirada de la salud mental comunitaria al modo rionegrino se nos ocurre focalizar nuestra atención en tres aspectos significativos de nuestro transcurrir como humanos que nos pueden brindar indicios acerca de si corresponde irrumpir, “meterse”, abordar, atender, asistir... desde donde, como, en qué y con quienes:

Estos aspectos pueden pensarse a partir de 3 preguntas

1. ¿Con quién comparte la olla?



Olla proviene del latín olla y alude, entre otros significados, a la vasija redonda de barro o metal que sirve para cocer alimentos, calentar agua, etc. A lo largo de la historia y en distintos espacios geográficos y culturales la olla se ha ganado otros significados.

En Argentina son conocidas las “ollas populares” que surgieron en momentos de crisis socio-económicas del país como

una forma de lucha y resistencia cooperativa popular, como una forma de visibilizar y contrarrestar el hambre y la precariedad de las familias más vulnerables.

En Uruguay las ollas populares también constituyeron un símbolo de unión y fraternidad solidaria. Desde fines de la década del sesenta, cuando estallaron las huelgas debido a la congelación de salarios, la recolección de fondos y alimentos fue una tarea necesaria de la actividad sindical

En Chile se llamaban “ollas comunes” a las instancias de participación comunitaria (entre vecinos y pobladores) que buscaban resolver la necesidad básica de comer. Constituía algo similar a los comedores populares, aunque tenía un carácter más autogestivo e independiente.

En fin, podemos pensar a la olla como un elemento significativo a la hora de satisfacer nuestras necesidades de alimento y nutrición. Y por otro lado este elemento se constituye en lo que nos posibilita “comer con”, compartir el alimento..., nutrirnos junto a otro/s, implica el encuentro, lo cooperativo... mientras luchamos y vivimos comemos juntos, nos acompañamos, nos sostenemos mutuamente, estamos presentes para el otro.

¿Por qué cuando pensamos en reunirnos con otros muchas veces recurrimos a la clásica excusa del alimento? ¿nos juntamos a tomar unos mates? ¿vamos a comer un asadito?

Cuando hablamos de una persona, más allá de la subjetividad particular con la que nos encontremos, nos estamos refiriendo a entidades supraindividuales...o sea que vamos a pensarla más allá de su individualidad, vamos a tener en cuenta los grupos en que participa, las instituciones que lo rigen y las comunidades a las que pertenece... con quienes comparte su vida, con quienes se nutre, quiénes y cuáles son sus espacios y compañeros más significativos, a que grupos pertenece, se refiere y pertenece.

El Ser Humano, como ser psicosocial, se constituye y sostiene por el ejercicio de influencias, y la construcción de andamiajes que propicien y faciliten la inclusión social.

Por ese motivo ver al sujeto y su contexto, el entramado de relaciones que lo sostienen y lo amarran en este “ser en el mundo”, es fundamental para evaluar sus espacios de inclusión/exclusión, pensar nuestra participación, nuestros objetivos, diseñar estrategias. De dónde está excluido, cuál es su grado de exclusión... qué tan solo/acompañado está en el mundo.

Por otro lado... y desde una perspectiva más concreta, vital y mundana... tiene olla? Se alimenta? Se nutre? Se cuida a sí mismo? Puede cuidar a otros? Puede alimentarse, ser alimentado, alimentar a otros? Cuál es su situación socio-económica? En qué espacios se nutre, se enriquece, crece? Tiene recursos, oportunidades y posibilidades de nutrirse? Nutrirse... en todo sentido.



2. ¿Dónde está su cama?

La palabra cama proviene del latín *camba*, curva, juntura y se refería a la parte del animal entre el pie y la rodilla. La palabra *camba* se cree que pudo derivar de la palabra celta *kamb*, que significaba serpenteante, curva. También es probable que se asocie a la palabra griega *kampé* (juntura). Quizás al principio se refería a la hamaca curvada.

Se denomina cama al mueble que se utiliza para dormir, aunque también puede usarse para otras actividades: leer, sentarse, descansar, saltar, comer, jugar, recuperarse en períodos de enfermedad, ver la televisión, expresar afecto, compartir, experimentar placer. Generalmente poseen soportes que la elevan del piso a fin de evitar inundaciones, suciedad, microbios, enfermedades o mordeduras de serpiente, por lo cual también brindan protección y seguridad.

¿Por qué pensar en la cama entonces...? la cama, como recién expresamos, puede enlazarse a la seguridad, la estabilidad, implica contar con un lugar... un lugar donde descansar, donde

sentirse protegido, donde dormir, donde soñar, un espacio donde construir y gozar de intimidad y confianza.

La cama simboliza, a nuestro modo de ver, un lugar en el mundo donde sentirse protegido, donde vivir, gozar, recuperarse del cansancio o del malestar del día, un lugar propio, un lugar en el mundo donde estar, un refugio donde guarecerse, que nos aloje y nos proteja de las adversidades, donde recobrar fuerzas.

La cama suele estar en nuestra casa, pero podemos tener varias camas, varias casas, podemos ser nómades, sedentarios o no tener casa, podemos alquilar, dormir en el piso, dormir en hoteles, en gamelas. ¿Y qué implicancias puede tener esto en nuestra vida?

¿Dónde está nuestra cama? ¿Dónde nos sentimos seguros, dónde podemos descansar? ¿cuál es mi lugar?

Tanto el sueño como la alimentación constituyen un aspecto básico y vital de la vida humana. Pasamos gran parte de nuestro tiempo durmiendo, dedicado al descanso. La privación del sueño, el insomnio, dedicarle pocas horas al dormir puede tener efectos perjudiciales para nuestra salud biopsicosocial, afectando nuestro rendimiento físico, nuestro desempeño cognitivo, nuestro estado de ánimo, nuestras interacciones, entre otras. Para dormir son necesarias ciertas condiciones, y generalmente constituyen los primeros aspectos que se ven afectados cuando la persona se encuentra en crisis.

A lo largo de las 24hs del día el estado del dormir ocupa alrededor de un tercio de ese período y se alterna con otro estado denominado de vigilia. El dormir podría semejarse a una pequeña muerte... cuando dormimos dejamos de estar conscientes de lo que acontece dentro y fuera de nosotros. Generalmente cuando la persona se duerme se acuesta en la cama, o en algún sitio cómodo, preferentemente en forma horizontal o inclinada y la sensibilidad frente a los estímulos que suelen activar sus sistemas sensoriales disminuye. Su actividad motriz suele ser muy baja y la actividad eléctrica del cerebro se modifica. Por otro lado, durante la vigilia encontramos un alto nivel de actividad, en especial en relación al intercambio de información entre la persona y su entorno. El estado

de alerta está supeditado al nivel de información que se recibe y la respuesta se puede expresar a través de una acción motora, y esto involucra a las distintas funciones cognitivas (percepción, atención, memoria, lenguaje, orientación, gnosias, praxias).

Para que podamos dormir con tranquilidad y abandonarnos a estos procesos necesitamos un lugar relativamente seguro, donde las personas que nos rodeen nos den confianza, un lugar que podamos sentir como propio, donde nos sintamos cuidados.

3) ¿Para qué se levanta a la mañana?



Esta pregunta está íntimamente ligada al sentido y proyecto de vida del sujeto, sus motivaciones, sus deseos, sus intereses, aquello en lo que se enfoca, lo que valora, lo que apasiona, lo que lo organiza, lo que quiere, o necesita.

¿Se levanta a desayunar? ¿Se levanta para compartir con su familia? ¿Para ir a trabajar? ¿Qué es lo que lo organiza? ¿Cómo se organiza? ¿Qué es lo que lo motiva a abandonar el estado del dormir? ¿Cómo es el tránsito del sueño a la vigilia? ¿Qué es lo que le da la fuerza y el empuje necesario para comenzar el día?

Muchos han hablado respecto al sentido: filósofos, psicólogos, nosotros, otros... mate o pizza mediante. Al respecto Soren Kierkegaard expresa: “Tengo que hallar una verdad para mí, encontrar esa idea por la que quiero vivir y morir”.

Jean Paul Sartre en su obra *La Náusea* (1938), expresa sus ideas filosóficas sobre la existencia, a través de su personaje Roquentin, quien siente la vida como algo repugnante que le provoca náusea debido al sin sentido que encuentra en la existencia, y concibe a la existencia como un estar ahí simplemente. Roquentin evidentemente se enfrenta a la nada.

Kierkegaard plantea también una desesperación y una angustia, que es propia de cualquier ser humano que no sabe qué hacer con su vida. Para Sartre la angustia se constituye como prueba de la libertad humana y expresa: “El hombre, en efecto, es fundamentalmente un proyecto. Proyecto porque está sin hacer y ha de hacerse; proyecto porque está arrojado hacia un futuro que depende de su decisión y que, por lo tanto, es creación suya”

Al igual que la Declaración Universal de los Derechos Humanos surgida en la postguerra (1948), Viktor Emil Frankl escribió el libro “El hombre en busca de sentido” en esa época (1945), luego de haber vivido en varios campos de concentración nazis, incluidos Auschwitz y Dachau. Allí describió la vida del prisionero de un campo de concentración desde la perspectiva de un psiquiatra. Viktor fue un neurólogo y psiquiatra austriaco que, durante el tiempo que vivió confinado a los campos de concentración, se preocupó por acompañar y reconfortar a sus compañeros, también prisioneros, tratando de prevenir suicidios a pesar de estar viviendo en las condiciones más extremas de deshumanización y sufrimiento. El sostenía que las personas podían encontrar una razón para vivir más allá de las condiciones de vida que tuvieran que atravesar, y a partir de estas ideas fundó la logoterapia.

En nuestros encuentros de A.C.E.R. VIDA, en conferencias o seminarios, nuestro querido compañero y colega Pablo Franco traía este tema a debate a menudo, recuerdo escuchar sus palabras con vehemencia y pasión: ¿qué es la vida?- nos decía- “es lo que creamos a partir de nuestras decisiones”....repetía con fervor y regocijo Entre sus textos se encuentra un libro que llamó “Los Caminos del Sentido”, allí se refiere a Viktor Frankl y al desarrollo de la Logoterapia, y expresa al respecto:

“lo cierto es que la problemática del sentido, del para que de la vida, es el eje por donde hoy pasan gran parte de los fenómenos que observamos...La logoterapia, entonces, es un abordaje del fenómeno humano desde la problemática del sentido...Esta teoría propone como un método que cada persona

pueda encontrar su propio destino, que pueda dar un sentido a su vida...”

Del mismo modo refiere allí que algunos sentidos también pueden conducirnos al sufrimiento e incluso la muerte y que para desandar ciertas elecciones y redescubrir sentidos necesitamos de otros que nos ayuden a pensarlos.

Entretejiendo nuestras palabras y algunas lecturas pensamos que quizás la vida sea lo que cada uno va definiendo para sí mismo con sus propias posibilidades. Y esta definición, este sentido, que vamos construyendo involucra la libertad, la incertidumbre, la muerte, la trascendencia, las limitaciones, las oportunidades, las capacidades, entre otras cosas....

Como dice Machado y que ya hemos escuchado o leído seguramente varias veces:

“Caminante no hay camino, se hace camino al andar...

Caminante no hay camino, sino estelas en la mar...”

A continuación voy a presentar dos situaciones en las que han participado integrantes de A.C.E.R. VIDA en distintos puntos de la provincia, y en las que se han podido visualizar la relevancia, en la práctica, de estos aspectos planteados:

CELINA sufría de esquizofrenia simple, asociada a un trastorno del humor. Su hijo había sido dado en adopción, vivía con su madre, mantenía una relación conflictiva con su pareja, no trabajaba, ni se ocupaba de colaborar con la higiene, tenía crisis frecuentes, se habían utilizado variados esquemas de medicación, gran parte de los efectores habían participado del diseño de estrategias, de su implementación, de su asistencia y acompañamiento, pero no se encontraba la forma de que disminuyan sus crisis. Era una de esas situaciones que conducen a cada uno de los participantes a un sentimiento de perplejidad y gran impotencia. Sin embargo, se continuó pensando alternativas a la internación y se consiguieron dos cosas: una casa y un trabajo para Celina (a través del programa de desmanicomialización rionegrino se pudo contar con una de las casas construidas para usuarios, y se habló con personas de la comunidad que aceptaron colaborar

brindando empleo). Según cuenta P. Franco “Apenas Celina supo que esa casa era para ella, cambió por completo su actitud. Y no era para menos, ya que nunca había tenido nada en su vida, su madre permanentemente trataba de sacársela de encima” (una cama... un lugar). “A partir de que empezó su trabajo y habitó su nueva casa, hubo un cambio importantísimo” (un para qué levantarse a la mañana). De acuerdo a lo relatado a partir de ahí el médico pudo reducir la medicación, y las crisis se terminaron. Cuando lo necesitaba Celina se acercaba a consultar y conversar con los integrantes del equipo de Salud Mental. Como decía Pablo, parece que Celina quizás solo necesitaba “un lugar en el mundo”, un hacer que le dé un poco de sentido a su vida, un grupo de gente que la escuche y la acompañe y una comunidad que la aloje.

ANSELMO presentaba esquizofrenia y tenía antecedentes de consumo de sustancias. Sus funciones motoras y cognitivas se encontraban afectadas en algunas áreas lo cual impactaban en su capacidad de aprendizaje y desempeño educativo. Se encontraba en una situación de alta vulnerabilidad psicosocial, el apoyo de su familia por diversos motivos resultaba insuficiente, no trabajaba y no contaba con un grupo de referencia que le brindara apoyo. Tenía un gran interés en el estudio y en la lectura. Las internaciones por descompensación de su cuadro y consumo eran frecuentes, como también las conductas autolesivas. Se pensó como alternativa la posibilidad de que retomara sus estudios. Se realizó un trabajo interinstitucional en el que participaron diversos organismos y surgió el diseño de una experiencia socio-educativa y laboral (un para qué) en su comunidad. Se realizaron gestiones a fin de que pudiera contar con un ingreso económico. Se pudo observar que hubo mejoría en la situación de salud y en la calidad de vida de Anselmo. Si bien hubo recaídas en cuanto al consumo de sustancias, Anselmo pudo concluir sus estudios secundarios e incluso continuar con otras actividades educativas y laborales, atravesar mudanzas y situaciones familiares conflictivas y dolorosas, y no volvió a presentar conductas autolesivas. Sus logros personales y el

acompañamiento interinstitucional pudieron sostenerlo en momentos de adversidad.

Para concluir podemos pensar que estos tres aspectos descriptos pueden constituir una manera integral de delinear y desarrollar una suerte de mirada previa que contribuya a considerar nuestra participación en una situación desde la teoría comunitaria, y una forma de analizar qué condiciones de inclusión/exclusión caracteriza esa determinada situación.

Considero, a su vez, que esta mirada previa también puede proveernos de algunos datos concretos que nos sirvan de puntapié a la hora de diseñar una estrategia. Una vez establecida la situación de quien demanda, se pueden observar que elementos están afectando el ejercicio de influencia significativa y de sentido en su vida cotidiana, de qué espacios se encuentra excluida la persona, donde se ubican los condicionantes de la pérdida del relativo equilibrio de esa vida, cuál es o podría ser, al decir de P. Franco, el “hilo de Ariadna” que guíe a “Teseo fuera del laberinto”, o sea... que es aquello que podría colaborar en la construcción de sentidos, de un proyecto de vida para ese sujeto que sufre.

Y desde aquí se pueden diseñar las estrategias... los caminos que se han de recorrer para que ese sujeto pueda construir o recuperar la capacidad de ese ejercicio, que es ejercicio de Poder. Los diferentes elementos que componen la estrategia diseñada pueden incluir a distintos efectores del equipo de Salud Mental o de Salud Pública, o de otros organismos e instituciones, o de la Comunidad, o de la familia.

Desde la teoría comunitaria los espacios, los tiempos y las actividades propuestas pueden ser muy diversos... Se puede realizar una caminata, colaborar con las tareas escolares, articular con referentes de otras instituciones (educativas, proteccionales, municipales, entre otras), se pueden realizar visitas domiciliarias. Y las estrategias deben revisarse, evaluarse, rectificarse, ratificarse con lineamientos a corto, mediano o largo plazo, recordando en todo momento que el fin último, es la reinserción socio-comunitaria, educativa y/o laboral del sufriente mental.

Para rescatar los recursos de salud presentes en las personas se requiere un marco de respeto y confianza en sus potencialidades, que le permita encontrar o pensar un proyecto de vida acorde a su singularidad que le permita vivir en y con la Comunidad. “...La tarea de recuperación del sufriente mental ya no es privativa de unos pocos especialistas, sino que corresponde a la sociedad en su conjunto”.

Sabemos cuál es la finalidad que guía el diseño de estrategias y nuestro accionar, y también sabemos que ese camino va a ser único e irreplicable debido a que se constituye desde la diversidad y la unicidad que cada sujeto entraña.

Referencias Bibliográficas

- (1) Cortés F. Del trabajo de ser enfermero en los procesos de rotulación/exclusión desde la salud mental comunitaria de Rio Negro. En: La Brancaleone. Teoría y práctica desmanicomializadora, 2015
- (2) Schiappa Pietra J. Finalidad de los tratamientos. En: La Brancaleone. Teoría y práctica Desmanicomializadora, 2016.
- (3) Moreno Olmedo A. Más allá de la intervención. En: Jiménez B. Domínguez (comp.) Subjetividad, Participación e intervención Comunitaria, una visión crítica desde América Latina. Edit. Paidós Bs. As., Barcelona, México.

YO NO ESTUDIE PARA ESO

José Schiappa Pietra

Con el encabezamiento arriba expuesto, escribiremos sobre aspectos que hacen a la práctica en salud mental comunitaria. Y lo primero que queremos decir es que así titulamos este capítulo, entre otras razones, debido a que fue una frase escuchada frecuentemente a muchos colegas. Seguramente se considerará trivial ese motivo, pero hay algo de repuesta a esa exclamación en esto que escribimos.

Cuando decimos realizar acciones que tienen que ver con la promoción social, cuando nos ven ajenos a la pura psicoterapéutica clásica o cuando proponemos realizar actividades por fuera de los encuadres instaurados en los tradicionales establecimientos y dispositivos asistenciales, suelen decirnos muy persuadidos, casi reprobándonos en nuestra inteligencia, “yo no estudie para eso”.

Por supuesto que no se muestran malas personas. No creemos que profieran tal exclamación con intenciones agresivas. Simplemente creen que la función social terapéutica, el rol que no nos ven asumir, su rol, es otro. Que no marchan nuestros trabajos por el formal camino señalado por las creencias públicas y, no tenemos dudas, las academias. Y, digamos, aunque sea nuestra interpretación, que tampoco sienten o parecen sentir necesidad de transitar por ahí. O sea, no lo creen apropiado ni un deber. Sobre todo moral, como sí nosotros lo sentimos.

Por eso, por haber repetidamente en vano intentar convencerlos sobre lo razonable (exponiéndoles razones) de nuestra propuesta, y como después de cierto tiempo resulta tedioso señalar en cada caso las bondades de lo que realizamos con claro “tinte” promocional, escribimos sobre lo terapéutico y curativo que ello tiene. Según lo entendemos y el por qué las hacemos.

Aunque sea someramente (extensamente nos obligaría desarrollar toda nuestra teoría comunitaria), daremos en este inicio

algunos fundamentos de la terapéutica que abrazamos, de nuestro hacer técnico. De lo que consideramos recurso en salud mental y de una terapia que hemos llamado “en la vida cotidiana”, la que hemos tomado como modo sanitario de hacer. La que nos ha facilitado el desarrollo de nuestra política desmanicomializadora.

Este es entonces el objetivo de este capítulo. O de todo este libro si se quiere generalizar, apreciación con la que los demás autores seguramente coincidirán.

Habiendo hecho estas confesiones y aclaraciones, empecemos.

La terapéutica asistencial desde la misma etiología de la palabra asistencia, remite en su significado a asir, “agarrar” al doliente a los fines de reemplazarlo en algún accionar (con lo que supuestamente se le permitirá ganar sanidad). Parte del supuesto de que ese sujeto doliente no puede realizar, o realizar bien, lo que requiere para volver a encontrarse en buen estado de salud.

Es cierto que para ciertas situaciones donde se debe maniobrar sobre el cuerpo, por ejemplo, en una intervención quirúrgica, hacerlo con asistencia, de modo asistencial, es casi necesario. Pero creemos que para modificar lo que nos produce dolor mental, para actuar sobre el sentir y hacer de las cosas cotidianas cuando pretendemos un resultado terapéutico que incluya el bien sentirnos ubicados en el mundo, autogestivos en lo social, en la vida, esos “reemplazos” asistenciales suelen muchas veces no ser necesarios. O incluso, en ocasiones, perjudiciales. Requieren otras formas de realizarse.

Nuestra propuesta de cura que tiende a hacer coincidir un estado mental “normal” con inclusión social, dentro de un modo de ayudar que podríamos llamar tratamiento promocional, sería de estos nuevos tipos.

Pero debemos aclarar que aunque esta modalidad no afirma que la cura deviene solo por intervención directa y exclusiva de los técnicos, tampoco dice que se deba prescindir de estos. Al

contrario, pensamos que sus trabajos pueden, deben y suele ser intensos y variados para alcanzar el bienestar buscado.

El terapeuta, el técnico que ayuda en los tratamientos que denominamos curativos promocionales, debe siempre estar muy presente. Pero no para reemplazar al usuario como agente principal y protagonista del proceso terapéutico sanitario, sino como promotor o agente inspirador de ello. Ser sembrador de ideas, asesor interpretativo de lo que aquel demandante vaya sintiendo, ser un Otro comprometido con las legítimas y variadas satisfacciones de necesidades del sufriente, ayudante en lo que realice, defensor de sus derechos, acompañante fiel.

Si en la asistencia directa la cura deviene por alguna intervención reparativa efectuada por un idóneo agente sanitario, (con química, interpretando olvidos o corrigiendo insuficiencias en las redes comunitarias que dan continencias y referencias social), en la cura promocional esta devendrá básicamente como efecto de acciones sociales autogestivas que permitan ir constituyendo a un sujeto social o reconstituyéndolo.

Pero aclaramos. Aunque eso se produzca por efecto de influencias cruzadas e interés contrapuestos de entidades diversas, no queremos crear una antinomia terapéutica. Dos modos incompatibles de curar, con técnicos interviniendo o sin ellos.

En lo que nos concierne como parte del Movimiento de desmanicomialización y adherentes a la idea de curar con inclusión social, todas las terapias y recursos declarados ya sanitarios u ocasionales, pueden y suelen sernos útiles como recursos terapéuticos si coadyuvan a que alcancemos tal finalidad.

A las diferentes teorías explicativas que orientan a los terapeutas entre los hechos, aun aquellos saberes que son abrazadas por sujetos que practican hegemónicas maneras de hacer salud mental, solemos integrarlos a nuestro hacer. Y lo hacemos por dos motivos: porque colocan a los dolientes en mejores condiciones de vida, o simplemente si esos saberes disciplinarios nos permiten o dan ideas, para mejor diseñar los tratamientos y/o la ratificación o rectificación de las estrategias de ayuda que llevemos a cabo.

Lamentamos que haya quienes se nieguen a integrarse a nosotros por operar con marcos comprensivos diferentes. Pero no nos hacemos responsables si son ellos los que se niegan a un trabajo en equipo, de manera interdisciplinaria.

Personalmente, más allá de la incapacidad que hemos demostrado para integrarnos a tantos colegas, creo que la animadversión que les despertamos proviniera (o la aumenta) justamente que con tal invitación se sienten desvalorizados profesionalmente.

Pero sea por eso o por otra cosa, suelen desestimar la interdisciplina y acostumbran informarnos de ello diciendo que les basta su hacer y saber: “a mis pacientes yo los atiendo personalmente”. O “mis pacientes son lo más sagrado”. A veces, “no quiero originar manoseos en los tratamientos sumando muchos terapeutas”.

Ese “mis”, connotación de propiedad, nunca me agradó escuchar, sobre todo porque tal expresión unida al conocimiento que tenemos del modo técnico con que se suele tratar a los demandantes, nos dice de un no establecimiento de relaciones persona a persona sino de sujeto-objeto. Algo que inevitablemente hace deslizar la práctica a una separación social usuario-terapeuta. A un apartamiento entre curador- persona a curarse que expresa, sin que se quiera, una diferente posesión de Poder que reproduce la existente en tantas malas situaciones mundanas. A establecer un Yo-Otro profundo, imaginada y nefasta discriminación, de peligrosas consecuencias cuando de integración social se trate.

Por otro lado no advierten lo que etimológicamente significa la palabra “sagrado”. Pues eso de “sagrado” muestran sutilmente otro “subterráneo” distanciamiento que nada aporta a la buena relación terapéutica, según la entendemos.

Están diciendo que hay cosas que se sienten de tal índole (¿espirituales?) que no pueden tocarlas los profanos, el mismo doliente con su entendimiento ni sus familiares y amigos. Y aunque sabemos que son disposiciones del estado, termina esa prohibición operando como atinente a las cosas sacras. Todos, fuera del técnico

actuante, son ajenos. Son Otros en los tratamientos, extraños. Aun si son de otras profesiones sanitarias o colegas que se acercan predisuestos a ayudar. Todos son sentidos impertinentes. Efectivizan así un tabú, tal se aprecia en las ceremonias mágicas a los “no iniciados” o a los “ajenos al rito”.

En los orígenes de las ciudades (las ciudades estados) la función de supremo sacerdote y de jefe de estado, coincidían. Templo y casa de gobierno eran lo mismo. Por eso las ceremonias religiosas y los actos de gobierno solían no diferenciarse. Y la decisión de abrir un canal de riego o hacer un puerto o muralla, eran decisiones a tomar exclusivamente por quienes disponían de atributos también sacerdotales.

Muchas de las prácticas y costumbres asociadas a la cura sanitaria, parecen repetir mágicamente tales estilos ancestrales.

Volviendo a nuestro tiempo, digamos que aun ahora algunas prácticas parecen prevenciones análogas a las que se tenía con lo entendido sagrado.

Lo que nos preocupa es que asumiendo tales roles “sacerdotales”, sin saberlo, algunos técnicos dicen que no es posible una integración interdisciplinaria. Que no se debe (no se puede suelen agregar para disimular la calidad moral de la sentencia) trabajar aunados quienes no compartan una misma fe (teorías, conocimientos, títulos, disciplinas).

Como en tantas cuestiones de vida, por tales inmemoriales afirmaciones ahora ya no derivadas de dogmas de templarios sino por costumbres comunitarias y leyes de estados, van solos los seres humanos a resolver complejas cuestiones a pesar de poder ir acompañados de colaboradores poseedores de otros saberes.

Volviendo al cauce central del tema, digamos que tomar caminos de asistencia terapéutica cuando hay modos promocionales (de autogestión al fin) más eficaces, es hoy lo considerado normal. Y uno de los principales obstáculos que deberemos disolver, remover, en nuestro camino técnico desmanicomializador.

Esto da para más desarrollos, son temas interesantes, pero por ahora aquí nos detendremos.

Desde Ricardo para acá.

Mostraremos ahora cierta forma de llevar a cabo una terapia. Y lo haremos refiriéndonos a alguien al que respeto profundamente. Ya se verá, en la medida que desarrollemos ideas, como él y lo que hacía tiene que ver con el título de este capítulo.

Un gran amigo mío, Ricardo Antoli, quien allá por los años 80 del siglo pasado comenzó en el Servicio de salud mental del hospital Rionegrino de General Roca a trabajar con la problemática del alcoholismo, como coordinador de grupo (de ahí surgieron las ideas que llevan adelante diferentes programas nacionales en lo que se llama G.I.A.), nos decía por entonces: “si porque a la gente le pasan cosas que los enferman, permitamos que le pasen otras para que se curen”.

Me pareció muy “lógica” su expresión. Casi de Perogrullo pero muy exacta. Por otro lado mostrando cierta coincidencia con la idea psicoanalítica de “repetir” (es cierto en transferencia) sucesos traumáticos olvidados para poder darles otra solución. Pero luego, lentamente se me fue presentando tal frase no solo adecuada sino “verdad”, con lo que ello implica a un trabajador de salud mental acostumbrado a trabajar entre tantas incertidumbres.

Al principio no podía explicarme tal sentir. Era algo contradictorio porque lo que sea verdad debe ajustarse a lo que nos representamos como realidad incontrastable y nosotros aun ni teníamos muy claras las ideas de salud y enfermedad. Pero andando el tiempo fui viendo que era coincidente lo que decía Ricardo con las conclusiones a las que íbamos llegando con nuestras reflexiones teóricas.

Ahora, a la “distancia”, creo incluso que actuó esa frase como estímulo para que no dejáramos de avanzar en la explicación de lo que íbamos haciendo en salud mental.

Para mi amigo su decir nacía de los éxitos o fracasos tenidos, de sus experiencias, del registro mental que había ido

realizando en su hacer terapéutico, lo que a él le bastaba como guía de trabajo. Desde ya, un débil fundamento del saber para “la academia”.

El subjetivo convencimiento que alguien tenga de algo por los resultados que ha obtenido, no le alcanza a las universidades para hacerlo suyo y transmitirlo. Además, estas siempre exigen de manera compulsiva que lo dado como conocimiento se pueda enlazar a líneas y sentidos de conocimientos ya trazados.

Con estas salvedades la cosa hubiera quedado ahí si Ricardo no hubiera planteado algo curioso en su manera de curar. Una ajena a la tradicional. Propuso avanzar en las ayudas apelando al saber histórico que cada sufriente traía a su tratamiento y a la perpetua construcción del mismo desarrollado por los concurrentes. Vamos haciendo nuestras historias a medida que vivimos.

Como él nunca acabó la conceptualización de su hacer, nosotros, de manera supletoria trataremos de avanzar en ese propósito. Y ver si es posible completar sin corromper esa idea que nos legó. Ya se dirá si pudimos o nos desviamos.

Empecemos indicando que a diferencia de los momentos y entidades grupales que se conforman para realizar terapias varias, momentos que se entienden como quiebres del estar cotidiano, él tomaba a su tarea grupal como parte del devenir cotidiano de sucesos acaecidos.

A su GIA, recurso sanitario que había establecido como dispositivo terapéutico apropiado a su finalidad, lo hizo funcionar con sentido innovador. Trataba que los asistentes, personas que asumían el padecimiento de su alcoholismo como enfermedad, tuvieran en sus concurrencias la misma impresión de vida que producen las situaciones comunes que atravesamos. Que ir a ese grupo fuera sentida una acción “casi rutinaria” del vivir.

Evitaba por eso que se considerara la asistencia al mismo algo mandado u obligado. Porque entonces ya no poseería esa cualidad de espontaneo que poseen las acciones del hacer cotidiano.

No trabajaba con las normas institucionales que encuadran habitualmente las tradicionales terapéuticas, sino que lo hacía con costumbres, las que nos guían en los informales encuentros que vamos teniendo todos los días. “Cabalgaba” durante su trabajo, si así queremos decirlo, sobre comportamientos que por fundarse en modos avalados por la cultura daban a esos encuentros GIA un aspecto muy familiar. Aventaba, quitaba, alejaba de cada concurrente el sentimiento de estar respondiendo con su concurrencia a mandatos ajenos a los de su propio y sentido interés. Y era eficaz porque en el modo de comportamiento que todos guardaban, eso se mostraba. Por lo menos a mí se me reveló tal cual.

Trataba además, que esos sitios de encuentros no aparecieran como lugares exclusivamente sanitarios-terapéuticos. O sea, ofrecía tal lugar GIA como lugar donde imperara un amplio clima de cordialidad que permitiera tránsitos multi-institucionales, donde se buscaran alcanzar heterogéneos fines (no solo sanitarios).

Allí, así, Antoli realizaba los encuentros donde se trabajaba la problemática del alcoholismo. Encuentros comunitarios, aunque se denominaran institucionales.

Sabemos que otros difusores de los grupos GIA (y también organizadores-fundadores de los mismos con Antoli) suelen tener explicativas diferentes sobre el tipo de agrupación y situación socio-institucional que se funda al establecerse tales grupos. Algunos lo remiten a un espacio terapéutico erigido (normatizado) de forma más clásica para poder allí accionar en pos de superar el alcoholismo.

Los GIA presentados como grupos operativos, por ejemplo, son muy frecuentes. Y nada debemos alegar en contra de ello. Pueden mostrarse así, si se quiere. Pero designar de esa manera, como grupo operativo, lo que Ricardo llevaba a cabo, es por lo menos una forma apresurada de decir sobre su hacer. Porque dejaría afuera aspectos que a él le eran muy importantes.

Ya adelantamos que entendía primordial en su hacer curativo que los concurrentes alcohólicos consideraran el accionar

grupal como una usual actividad diaria. Tan “natural” como se pudiera. Como se aprecian la mayoría de las actividades realizadas diariamente.

Pero no lo hacía sin tener un motivo preciso. Buscaba que imperara el sentir que impregna de lo cotidiano, porque intuía que era la mejor manera de situarse emocionalmente para lograr que los concurrentes inscribieran en sus interioridades cierto guión de vida. Uno acorde a una historia de vida que él, como coordinador grupal, guardaba celosamente. Para uso de todos.

Ricardo se sentía guardián de un relato general al que hacía remitir los relatos particulares de aquellos que le pidieran ayuda ante los problemas derivados de la ingesta de alcohol.

Pensaba, y creemos con razón, que sobre la base de enlazados sucesos del pasado se podría urdir no solo la identidad sino el “destino” de cada sujeto en recuperación. Reorientando históricamente a cada alcohólico concurrente buscaba la abstinencia.

Promovía una manera digna de ser, rehaciendo la historia de cada uno desde la del todo grupal G.I.A. Impulsaba la toma de una sana “dirección” vital para ayudar a que se rehiciera el sentido de aquellos que le demandaron cuidado.

Su trabajo en lo cotidiano tendía a eso, a que se pusiera en obra un relato (por él avalado) que a modo de “guion” (de vida) sirviera a los necesitados concurrentes a re-hacerse como sujetos sociales. A que se renovaran como personas al vislumbrar y seguir una salida al encierro y deterioro bio-psico-social que produce esa adicción (sujetos atrapados por y en el alcohol).

Dicho de otro modo, para operar sobre las historias personales de los concurrentes apelaba a una historia que llamamos general. Un relato que guardaba por ejercer la función de coordinador de ese GIA, relato abierto ya que si correspondían iba adjuntando los que durante las reuniones le relataran los concurrentes.

Este relato general, que como todo relato social sirve de guía y camino para elaborar las narraciones particulares, daba el

recurso necesario para que los presentes (a su GIA) fueran elaborando nuevos proyectos de vida. Porque cualquier proyecto está condicionado inevitablemente por lo vivido en el pasado. Proyectos que a su vez, también como relatos, dirían de vivir en sobriedad a personas antes desesperanzadas “existencialmente”.

Digamos de los relatos generales, pero trascendiendo este tema del grupo GIA, que para elaborar los proyectos vitales que hagamos solemos apelar a ellos. Están “almacenados” en la cultura, en las historias y narraciones frecuentemente escuchadas. Y sirven para que los usemos cuando necesitemos la guía de valores sociales siempre entramados en sus decires.

La mayor diferencia que podemos notar entre los comunes relatos circulantes en las comunidades, sobre diferentes cuestiones, y este omnipresente que se escucha en las reuniones G.I.A. describiendo el destino de los alcohólicos, es que en este último caso se revela la trama argumental corporizada (se corresponde) en el coordinador. Coincide el relato general con la historia personal de quien cumple la función coordinadora del grupo GIA.

Siendo las historias generales un todo de todos, un continuo donde nos sentimos ubicados, su atesoramiento como bien cultural nos permite proyectar la continuación de nuestro vivir. Algo decisivo para poder buscar el mejor camino a tomar como seres sociales.

Si a los relatos de sucesos pasados los entendemos contenidos históricos, cada vez que apelamos a ellos para hacer o decir algo estamos construyendo una ampliación de nuestro propio relato histórico, el que usamos en primer término para planificarnos a futuro. Para ser de tal o cual manera, nueva o reinstituída si nos sintiéramos perdidos.

Siempre nos comportamos, porque somos, como sujetos sociales históricos. Y Ricardo apreciando y usando eso de manera casi intuitiva elaboró una terapéutica.

Trabajando sobre alcoholismo, veía en el testimonio de cada integrante del grupo que coordinaba la expresión verbal de un drama general. Y aunque al iniciar una concurrencia cada alcohólico

lo entendía propio, luego lo iba descubriendo como problemática dolorosa de todos. De un conjunto humano que él, coordinador G.I.A., guardaba como relato general.

Por eso postulaba que empezaba la verdadera cura cuando se podía sentir el dolor de todos en el dolor de cada uno (de los integrantes de esos grupos). Gran verdad.

Cuando esto sucede deja de tener sentido eso tan escuchado de “yo me curo porque quiero”. O “no se cura porque no quiere”. Pasa el grupo a ser quien intenta y supera o no los problemas de aquellos que concurren. Y en tal proceso será la agrupación que hayamos constituido el sostén que tendrá cada persona para superarse. Se interpreta el protagonista de la cura con aquello que es principio de la psicología comunitaria: el Yo es grupo antes que individuo.

Cuando cada relato de padecimientos personales se transforma en parte de una historia general, podemos decir que se están dando las posibilidades de cura.

En los grupos testimoniales tipo G.I.A., es interesante que se insista tanto en que solo no se puede. En que es necesario integrarse a un grupo para poseer la fuerza (¿de la historia general?) necesaria para superar esa adicción. Porque solo rehaciéndose alguien como personas en una agrupación caracterizada por compartir el dolor, o sea haciendo que cada uno sienta ser en el todo y sobre su historia, se puede dar nuevo sentido a la vida: el de mantenerse abstemios y sobrios en estos casos.

Y es por eso que suelen dejarnos estupefactos cuando insisten los concurrentes en que serán siempre alcohólicos. Pero claro, todo gana sentido si lo que dicen puede traducirse en que ante las exigencias que tal adicción impone, siempre serán sujetos de grupos. De uno conformado por personas en recuperación que detienen la ingesta apoyados unos en otros. Aunque nunca “curados”.

Para los que entienden la cura como un punto de llegada, estas declaraciones los trastocan en sus órdenes de trabajo, en sus

convicciones y en sus fines o metas sanitarias. Otro tema que ahora saltaremos.

Por lo que decimos, Antoli y nosotros con él, preferimos hablar de grupo testimonial y no de Grupo Operativo. Pero aclaro, aprecio mucho tal recurso técnico "Pichoniano". Solo digo que a estos grupos GIA, tal lo entendí con Antoli, no los puedo definir de ese tipo.

Para mi amigo los interesados se curaban viviendo, rehaciendo sus vidas sobre la base de vivir el proyecto derivado de esa historia general que compartían con los demás. Más allá de que en las reuniones se visualizaran y superaran obstáculos grupales y vinculares que iban apareciendo en la labor colectiva de superar el alcoholismo.

Esta tarea, sobre todo la visualización de obstáculos de índole psicosocial, era de hecho la principal actividad que les vimos a los técnicos que acompañaban a Ricardo. Luego, habiendo reflexionado como coordinador con los acompañantes, él las explicitaba y revelaba oportunamente al grupo para que pudieran sortearlas.

Queremos subrayar que como coordinador nunca fue mi amigo un necio que despreciara la aplicación del saber científico, o de conocimientos ya constituidos. Siempre que los necesitó, los usó o pidió para incorporar al entendimiento de su terapia grupal que, eso sí, pensaba tarea autogestiva, cotidiana y llevada a cabo con tratos persona a persona.

Su modo de comportarse con los concurrentes era de suma familiaridad. Daba en las sesiones el trato básico que se da a los amigos. Algo que nunca lo desmereció, tanto que lo consideraban digno depositario de la historia colectiva que esa agrupación iba construyendo. A nadie considerado indigno se le daría en custodia el relato de uno mismo.

Gran responsabilidad la de un coordinador. Y explica lo dramático que suele resultar a los miembros de agrupaciones que se convocan, sumidas en el dolor, la defección o abandono de

aquella persona que ejerce tal función garante de contención y referencia grupal. Es devastadora.

Trabajaba en la vida y con ella, aunque graciosamente decía, como apuntaba también Pablo Franco, “pero no vayan diciendo por ahí que pretendo saber lo que es la vida; a tanto no llego”.

A diferencia de la distancia establecida entre pacientes y terapeutas que marcan otras terapias, no había en su grupo GIA impedimentos que impidieran un cordial trato cotidiano. Nada de esas supuestas causales que se declaran sobre protección emocional de los técnicos tenía allí vigencia. No solo no se aceptaban, sino que eran mal vistas. Y motivo de preguntas directas al que mostrara una toma deliberada de distancia afectiva con alguien.

Si eso no se hubiera hecho habría algo de incoherencia. Porque si lo que se pretendía era compartir una historia común, debían estar favorecidos los comportamientos derivados de sentimientos amistosos o fraternales. Cuidarse en una agrupación unos a otros, se asienta en esos sentires dadores de identidad.

Como su designación verbal nos puede confundir, apuntemos que estos grupos autogestivos-autoanalizables como el G.I.A. del que hablamos, está bien denominarlos institucionales si con ello hacemos hincapié en que realiza sus reuniones en algún establecimiento institucional y suma su beneficio a los objetivos de ellos. Pero si es por el tipo de trato que observamos se dan los integrantes en su seno, quizás hubiera sido mejor denominarse comunitario. Se caracterizan más por la comunidad que conforman que por la institucionalidad que los ordena.

Con lo dicho no queremos confundir al lector. No significa que no hubiera en las reuniones una normatización dirigida a alcanzar y mantener un orden relacional tendiente a lograr un fin preciso (ya dijimos, la abstinencia alcohólica). Nunca fueron reuniones convocadas para tratar (y hablar) de cualquier cosa.

Siempre las agrupaciones que se definan institucionales deben establecerse como organización normativa para perdurar. Los encuentros como estos GIA si no hubieran tenido una

institucionalidad sostenida se hubieran considerado serie de encuentros ocasionales. A lo mejor valiosos, pero inútiles para desarrollar una terapia con finalidad precisa y en el tiempo.

Lo que queremos decir con esta afirmación dada en forma de síntesis apresurada, es que aquello que la agrupación se había puesto como finalidad se buscaba alcanzar en proceso histórico dentro de un clima cordial y afable de tratos persona a persona.

Veamos lo dicho desde otro ángulo, desde lo teórico.

Como agrupación al grupo GIA de Antoli hay que concebirlo siendo grupo, institución y comunidad simultáneamente, dependiendo lo que se vea del enfoque que en un momento dado podamos aplicar a sus manifestaciones conductuales. Según lo que miremos del comportamiento humano: el sentir, la función que cumplan sus integrantes o los ejercicios de influencias significativas y de sentido que se produzcan.

Pero sin duda, buscándole “la vuelta” a problemas que la gente refería como perdida de razón de vivir, lo que casi siempre se traía a las reuniones como relato doloroso, Antoli, sin descuidar lo vincular y lo normativo acentuó él trabajó de ese conjunto humano en aquello que define a un conjunto humano como comunidad.

Su intento fue rehacer el ser que somos desde lo histórico, registrando lo que sucedía de manera histórica. Como lo histórico y moral que traía cada uno terminaba siendo común, usó eso de enlace para que la agrupación se apreciara un todo y para que los concurrentes auto-definidos alcohólicos terminaran caminando enlazados hacia la abstinencia y sobriedad.

Esa manera de entender los comportamientos humanos, históricos y por ende simbólicos, es manera comunitaria de registrar lo existente. Y si se usa para orientarnos en las curas, el mejor lugar es hacerlo en lo cotidiano.

Este trabajo de Ricardo por dar terapias que sostuvieran deliberadamente un suceder histórico, sin pretenderlo nos mostró un camino para realizar otros trabajos con diferentes sujetos dolientes y sobre otras problemáticas. Muy diversas.

Tratando problemáticas sociales complejas a su manera y fundando escuela, Ricardo Antoli, allá en el Servicio de Salud Mental del hospital de General Roca, hace tiempo, nos dejó un legado por el que le rendimos homenaje.

Curarnos ganando capacidad de dar significado a la realidad.

Permítasenos apuntar algo sobre lo que entendemos por significado y sentido.

Como sujetos comunitarios todos actuamos inmersos en un propio contexto de contenidos significados. Ese es el escenario en que nos desenvolvemos como sujetos sociales. Y es también el escenario de la propia historia particular, del relato de nuestro suceder vital.

Al contexto (al contexto significado) lo damos como obvio marco de vida. Aunque como marco donde desarrollamos nuestra vida solemos no lo atenderlo. Damos prioridad al contenido del mismo, a lo que ahí sucede, y no tanto a este.

No obstante siendo el mundo representacional también un mundo de señales, estas siempre aparecerán como guías ordenadoras del hacer.

Atender, por ejemplo, las costumbres que respetamos o a los valores sociales entramados en las historias circulantes, es algo raro. Pero si reflexionamos un poco, esas son cosas que inciden en el desarrollo de nuestros proyectos. Y también cuando en cada ocasión queremos dar un preciso sentido al vivir.

Lo dicho enlaza con la disfuncionalidad que advertimos en muchos sufrientes mentales marginales para operar significados. Pareciera que, por tener dificultades, o estar impedidos de realizar intercambios fundamentales, estuvieran limitados para instrumentar categorías imprescindibles al intercambio social, de cosas, ideas o afectos.

Las personas que denominamos marginales suelen aparecernos “torpes” para operar abstracciones y por eso con

dificultades para adecuarse a ciertos ordenes normativos (educativos, laborales, judiciales, etc.). Órdenes alterados que también se expresan en el pensar sobre ciertos temas.

Tales insuficiencias son resultado de estar impedidos de acceder a contenidos propios de algunos espacios institucionales. Y con ello a la tarea mental de relacionar representaciones (en un espacio institucional), actividad con la cual damos los precisos significados que atribuimos a las cosas o sucesos.

Este aparente déficit en la función cognitiva sucede cuando concretamente se cierran a algunas personas algunas “puertas” en lo social; a algunos establecimientos o cuando por razones diversas se sienta que no pueden transitar por algunos espacios instituidos. Suelen creer entonces los así impedidos, que no pueden hablar de algunos temas (de educación, economía, salud o lo que sea).

Cuando eso sucede, suelen defezionar al querer categorizar y usar contenidos de ese tipo en la confección de relatos concernientes a tales lugares psicosociales. Y entonces aparecen usando un vocabulario poco fiel o dando significados equivocados al intercambiar ideas.

Ante tales expresiones, solemos decir que son sujetos privados de contenidos semánticos (les faltan palabras), con un pobre lenguaje. Carencias evidentes pero derivadas de estar imposibilitados de dar significados a cosas o situaciones representadas en sitios vedados u obstaculizados de transitar.

Por otro lado, como también las mismas cosas o actos pueden tener diferentes significados según se los entienda desde tal o cual espacio instituido, se nos aparecen estas personas carentes de imaginación, con pobre capacidad simbólica.

Si ver correr puede significarnos que alguien escapa de un peligro o que alguien hace deporte, (según la entendamos-signifiquemos en un espacio u otro de representación mental), cierta dificultad para entender acciones de este tipo puede derivar de tener dificultad para transitar espacios institucionales deportivos o donde registrar lo peligroso.

Por esto, derivado de dificultades en el otorgamiento de significados a sucesos o contenidos objetivos, a ciertas personas marginales suele serles difícil entender o encontrarles sentido a algunos hechos o sucesos.

Si alguien no puede ubicarse en algún espacio institucional, se le dificulta su concreto tránsito o se lo excluye de los establecimientos fundados sobre ellos en lo social, seguramente tendrá dificultades para “pensar” con ciertas categorías mentales. Y al no poder instrumentarlas, confundirá a quienes los observan en sus desempeños. Se les atribuirán funcionamientos sociales e intelectuales defectuosos o patológicos cuando lo que sucede es que están impedidos de usar conceptos u categorías mentales pertinente a tales espacios psicosociales.

Es este un trastorno poco atendido producido por la marginalidad que, con mayor o menor trascendencia, todos padecemos. Porque somos sujetos sometidos siempre en algún grado a prohibiciones y prejuicios comunitarios.

Trabajar sobre esto en lo cotidiano, permitir que las personas que atendemos “transiten” diferentes espacios instituidos, aunque sea en conversaciones, “hablar con ellos de cualquier cosa”, lo que también algunos técnicos consideran conductas intrascendentes, nimias e impropias de la disciplina que abrazan, suele impedir el desarrollo de la capacidad de dar significado y sentido. Algo que cura en el sentido que a este término nosotros le damos: encontrar el mejor estar posible en un lugar propio, el que se gana ejerciendo influencias significativas y de sentido.

“Sostener” al usuario estando (con él). Escucharlo. Acompañarlo.

Acompañar no es aburrirse al lado de alguien mientras se está más o menos atento a que no se golpee, dañe o le ocurra algo malo. Es otra cosa. En algunos aspectos, creemos, es lo opuesto a eso. Acompañar es un recurso curativo esencial en algunas problemáticas mentales y por diferentes motivos. Por otro lado, es necesario valorizar tal recurso ya que bien acompañar no es algo

fácil. Cuesta, suele “doler” ser acompañante. Especialmente si en una terapéutica se quiere hacerlo bien.

Aplicado en estrategias de inclusión social, debería ser recurso curativo de uso frecuente, responsable y con cuidados al cuidador. Veamos entonces este hacer que muchos profesionales suelen desechar como cosa superflua o “neutra” en efectos terapéuticos.

El que acompaña, el que realmente oficia de acompañante, básicamente es alguien que se transforma para el acompañado en su sostén.

Inicialmente porque apoya su estar en el sentir primitivo y profundo de completud (ser uno con aquel que ayuda) que siempre se conserva, algo agradable al indivisible Yo primigenio que nunca perdemos y que nos hace sentir grupo antes que individuo.

Como base de todo futuro afecto particular, su resonancia despertará confianza necesaria para sostener buenas relaciones sociales. Y porque antes que individuo somos grupo, no solo los que sufren disfunciones motoras, sociales o dolores psíquicos inespecíficos buscan acompañantes. Todo sujeto social para bien sentirse, tratará de situarse en alguna grupalidad. Sentirnos acompañados es nuestro modo natural de sentirnos vivos.

La importancia de acompañar no debe minimizarse. Y saber que eso necesitan los llamados “pacientes” e imaginar el dolor de no encontrar correspondencia.

Si la sanidad declara trabajar para disminuir o suprimir el dolor de aquel que demanda ayuda, los profesionales de salud mental, en especial, no pueden eludir estos tratos que alivian a tal profundo nivel.

Para los usuarios de nuestros servicios, en tanto personas, el efecto positivo del acompañamiento sincero puede ser el primer, y a veces principal, recurso aliviador del dolor mental.

A veces ofendemos a algunos profesionales diciendo algunas cosas, pero no podemos dejar de comentar que hemos visto que lo buscado con farmacología y psicoterapias muchas veces se encuentra, casi naturalmente, con buenos acompañamientos.

Porque este, bien llevado, refuerza casi automáticamente lo que llamamos confianza básica, sentir esencial para poder “autogestionarnos” anímicamente.

En salud mental, pero también en muchos órdenes del vivir, sin poseer confianza básica la autogestión es un proceso (capacidad) impedido.

Acompañar entonces no debe ser considerado recurso para el mero cuidado físico, accesorio o al servicio de un esparcimiento recomendado por alguna terapéutica, sino un recurso importante de terapia. Incluso un modo de hacer la cura. Porque todo tratamiento terapéutico basado en la promoción social y que favorezca (busque) la autogestión, requerirá inevitablemente del establecimiento de cierta confianza básica existente y/o reforzada.

Hay cosas simples que por parecer tan insignificantes no se les reconocen valor. Lo que sucede con ofrecer presencias, simplemente estando. Recurso básico en salud mental.

A pesar de lo dicho, cuando he visitado algunos centros de ayuda psicosocial, hogares de ancianos o dispositivos análogos, lugares donde se “invita” concurrir a poblaciones carenciadas o vulnerables, pude notar que los “invitados-usuarios” suelen encontrarse solos, sentados callados o dóciles ante un televisor sin hablar entre ellos. En algunos casos, como autogestión vital espontánea, se puede ver conversando a algunos de ellos sin presencia de ningún personal. Cuidándose solos.

Creo que este recurso terapéutico del acompañamiento no es usado, entendido ni reconocido en tales lugares. Los que en tales sitios trabajan pareciera que desconocen el efecto benéfico de ese bien tratar; de la importancia que tiene dar reconocimiento (como personas) al otro. Mostrar a alguien que es merecedor de intercambio de ideas o afectos, de tratos.

El reconocimiento es una necesidad específicamente humana. Que a alguien se lo reconozca como persona (sujeto social) es una necesidad que debe satisfacerse, como cualquier otra genuina de índole orgánica o psíquica. Porque su carencia produce tanto mal, daño, como pueden producir otros materiales.

Lamentablemente debo decir que esto también suelo verlo en servicios de salud mental que poseen dispositivos comunitarios. Hasta en tales lugares suele verse tal descuido o desconocimiento. Y es notable como los técnicos más calificados, especialmente los que tienen estudios superiores de medicina, psicología, trabajo social u otro, suelen estar ausentes. Lejos del vivir diario de los usuarios que allí se han convocados

La razón que encuentro a tal fenómeno, sin abrir juicio moral, es siempre la misma: no hay reconocimiento del valor terapéutico (en tanto constitutivo o re-constitutivo de un sujeto social) de estar con alguien. Y por eso muchos profesionales suelen concebir tales acciones como respetables, nobles, pero no decisivas para alcanzar las curas. No entienden que acompañando (o dando cualquier otra designación a ese estar con los sufrientes) ya están llevando a cabo tareas terapéuticas importantes con un sujeto doliente. Recuperar sentido de vida es tan importante como bien significar la realidad.

Que los trabajadores de salud mental concurren a uno de esos dispositivos que llamamos de inclusión social, no es de por sí señal de que ayudan verdaderamente a una terapia promocional. Ese estar recién toma valor cuando se usa para acompañar. Cuando permiten con tal ocupación compartir e intercambiar con los sufrientes, ideas, cosas, relatos.

Es durante esos encuentros aparentemente informales cuando mejor se puede ayudar de modo comunitario a los que nos demandan con su dolor (mental). Y por ello cuando establecemos la finalidad terapéutica de alcanzar la cura con inclusión social, ese "estar con" que implica el acompañamiento se nos mostró recurso imprescindible.

Cuando se trabaja con el modo curativo promocional de hacer salud mental, suele ser difícil explicar el valor de muchas acciones aparentemente intrascendentes. Por la no especificidad que parecen tener. Por ejemplo, hablando en la informalidad de un encuentro de patio se puede habilitar el tránsito de ciertas personas por ámbitos institucionales que pudieran sentir cerrados.

Dialogar sobre educación, hablar de geografía, matemática o de cualquier materia o cosas, puede hacer que ciertas personas desarrollen interés por profundizarlas. Una simple charla puede ser instrumento de promoción. Motivar la concurrencia a establecimientos educativos que nunca antes imaginaron asistir.

Una informal “mateada” puede ser la mejor ocasión para inducir a algunas personas a que intenten autogestivamente conseguir recursos socio-culturales para mejor ubicarse en el mundo. Una simple charla puede ser el mejor recurso promocional de un terapeuta para inducir la marcha de sujetos marginados al encuentro con aquello que no poseen por sentirse impedidos de adquirir o por no considerarse sujetos merecedores de transitar algún espacio o entidad institucional que los provee.

No hay “pastilla” o recurso psicoterapéutico, según nuestra opinión, que iguale o supere el estado de bienestar y confianza que brinda el acompañamiento. Posee efecto curativo al favorecer la inclusión social.

Por eso acompañar, implicando con esa palabra el establecimiento de dignas relaciones entre usuario y técnicos acompañante, es también la manera paradigmática de promoverlos en sus curas. No es entonces acompañar un simple cuidar particular. Es mucho más.

Repitamos algo dicho pero esencial. Cuando se acompaña a alguien, cuando se ha familiarizado el trato con él, cuando establecemos una “relación horizontal” que nos permite intercambiar opiniones en un mismo nivel valorativo personal, lo que estamos haciendo es sumergirnos en un mutuo dirimir influencias significativas y de sentido.

Es en lo cotidiano donde de manera sutil es posible ejercitar a los despojados de Poder para que ejerzan influencias en lo social. Empoderarse, palabra muy usada últimamente, es en comunidad sentir protagonismo sobre la configuración de la realidad. E ineludible paso previo para sentir que ocupamos o podemos ocupar un propio lugar social.

Por supuesto que suele doler a los técnicos que acompañan sentirse objetos de influencias (sentir el ejercicio del Poder de Otros) y no sujetos que solo influyen sanitariamente con sus opiniones y concepciones del mundo. Ya dijimos, acompañar no es una tarea fácil ni indolora. Quizás sea esto lo que puede terminar de explicarnos porque se encuentran tan pocos profesionales de salud mental dispuestos a acompañar sufrientes en lo cotidiano. O incluso en los dispositivos que llaman de inclusión social.

Por este dolor que inevitablemente aquejará a los agentes de salud mental que operen tratamientos en lo cotidiano, se requiere una metodología de trabajo que permita la reflexión crítica de lo que va sucediendo. Un trabajo permanente de supervisión grupal concordante con la compleja tarea que a diario se lleva a cabo. Para aventar dificultades que suelen mostrarse como sobreinvolucración o desinvolucración personal.

Además de todo lo dicho, debemos tener presente que cuando en lo cotidiano se evita la hegemonía del Poder, hay un aprendizaje imperceptible sobre el buen trato a darnos. Y ello no solo sirve a los usuarios para ir mejor transitando las instancias terapéuticas programadas sino, sobre todo, para ir aprendiendo como se debe ocupar nuevos o mejores lugares sociales al establecer interacciones sociales.

Lo que deberían entonces buscar los técnicos no es solo llevar adelante terapéuticas agradables y de fácil tránsito (si lo logran mejor) con pacientes obedientes o institucionalizados (los encuadres psicológicos son instituciones que se montan en las terapias clásicas), sino lograr que aquellos que los demandaron con su dolor puedan dar sentido propio a sus vidas y no vivir entre imposiciones.

Limpiezas: de casa e higiene personal (darnos buena presencia).

Ayudar en cosas simples de la vida, algo que algunas personas se resisten a considerar tarea propia de profesionales, merecen analizarse.

Ya vimos como acompañar cura. Pero si a alguien desinformado se le afirma, por ejemplo, que mejora el estado de salud de alguien si se conversa con él de simples cuestiones, tenderá seguramente a reírse. Aun sabiendo que las psicoterapias con las que suelen comulgar son conversaciones que un desinformado oyente puede sentir que tocan temas intrascendentes.

Pues bien, ciertas actividades, como ser de limpieza en casa de familia o en un dispositivo sanitario, si ahí concurre un sufriente mental, cuando uno lo plantea como recurso terapéutico o curativo suele también tomarse expresión de un mediocre humorista.

Esto lo he escuchado muchas veces de profesionales a los que debo agradecerles, ya que con ello me sugirieron el título de este capítulo. Fueron ellos los que me dijeron, “yo no estudié para eso”. Veamos cómo pueden producirse efectos sanitarios de inespecíficas acciones.

Para nuestra psicología comunitaria el contexto concreto en que alguien vive revela también su mundo interior. Recuerdo una vez que debimos ir con la fuerza pública a abrir la puerta de una persona diagnosticada como esquizofrénico al percatarnos que había empezado a vivir casi encerrado. Auto encerrado sería la expresión correcta.

Dado que rechazaba nuestras visitas e intentos por comunicarnos, decidimos forzar la situación al evaluar su situación como de alto riesgo. Cuando ya no sabíamos siquiera si comía fuimos a su casa decididos a entrar. Esto sucedió antes de la promulgación de la Ley 2440.

Con un familiar directo del sufriente, al que lo advertimos y nos acompañó, pudimos entrar (con orden judicial para forzar la puerta en caso necesario y alguna fuerza pública de eventual ayuda). Y lo que vimos nos dejó perplejos, asombrados, dolidos sobre todo.

En lo que era living de su casa había ido juntando basura contra una pared (no salía ni para dejarla afuera para ser llevada) vaya a saberse desde cuándo. Y con ella había conformado un

impresionante montón, una montaña que apoyada sobre una de las paredes del living casi llegaba hasta el ángulo con el techo.

Otros casos, menos dramáticos, nos habían mostrado a sufrientes mentales con sus casas descuidadas, con patios llenos de yuyos que en épocas de verano formaban una especie de bosquecito o selvita de difícil tránsito. Pero nunca algo así.

En estos casos el arreglo y limpieza sirvió para mejorar sus estados mentales. Hechos que requieren explicativas.

El Yo, esa teórica entidad que imaginamos inicialmente en un figurado mundo interior grupal, se va desarrollando y ampliando. Tendemos continuamente a ser y hacer con otros en nuevas agrupaciones. Y lo que hacemos vamos sumando a ese “sí mismo”. Así, lo que fue yo-grupo comienza a ser Yo-grupo-contexto.

Sumamos lo exterior que conformamos a lo que somos. Pero eso exige tratos con aquello que consideramos Otros.

Al principio ese Yo eludirá conocer lo que no siente parte de sí (el nosotros que es) para eludir el presentimiento de no ser, la muerte. Y es por eso, por este eludir llevado al extremo que algunas patologías mentales llevan a un aislamiento social mayúsculo.

Este hombre que juntaba basura, habiendo cerrado en lo social sus canales de intercambio con los demás, se “acumulaba” el mismo en el interior de su casa. Como si esta fuera un seno materno, un útero.

Debíamos hacerlo parir, repetir su nacimiento y que creciera con otros resultados. Fue nuestra tarea y como se dice... ¡que tarea! Figurativa-simbólica para nosotros, verídica y cierta para él.

Esa labor empezamos a desarrollarla con el arreglo de su casa. Un concreto anclaje para su ser, necesario para poder después avanzar en el tratamiento.

Aquí detendremos el comentario de este “caso” ya que solo fue nuestra intención exponer el motivo del porqué, en algunas oportunidades, podemos operar sobre el contexto concreto que oficia de signo para ayudar al sujeto social que ha “fundido” su Yo a estos significantes. Que un sujeto sea significativo es tan problema

como que un significante se haya sacado de la trama de ellos en una persona.

Podríamos sumar otros ejemplos porque supimos en innumerables ocasiones ayudar a “despejar sus mentes” limpiando sus casas. Atendiendo a su ropa, promoviendo en ellos actitudes de higiene personal, construyéndoles “baños”, etc. vimos efectos inmediatos en la mejora de sus estados mentales.

Los que trabajamos con personas diagnosticadas de psicosis y que viven con poca o ninguna compañía, sabemos que sus viviendas suelen mostrar curiosidades. Sus puertas y ventanas frecuentemente se (las) mantienen cerradas. Como si con eso expresaran su inaccesibilidad social. Y muchas veces fue trabajando sobre ello, tratando de que por ahí se mostraran siendo sociales, que pudimos empezar a ayudarlos. Persuadirlos a que las abrieran durante el día fueron ayudas innegables para su integración social. Acciones que inmediatamente nos aparecieron como efectuadas a su Yo.

Fue atendiendo a tales ideas que avanzamos con tratamientos basados en el concepto de que el exterior es expresión-extensión del Yo en el plano más desapercibido de cada ser humano. Y con ello no abjuros de tantas psicoterapias que apelan casi exclusivamente al registro simbólico y verbal. Nada de ello. Al contrario, sumamos esas perspectivas psicoterapéuticas cuando corresponden.

Siguiendo con ejemplos, observamos a veces extrañas maneras de habilitar entradas y salidas de sus casas. Vimos repetidas veces que la manifiesta puerta de calle era mantenida cerrada y trabada. Y que incluso familiares que suelen vivir con ellos usaban para entrar y salir alguna trasera o lateral.

En general estos impedimentos, muy propio de los diagnosticados psicóticos, nos exponen sujetos sociales que decidieron desatender lo que llamamos realidad. Por eso cuando como terapeutas nos encontramos con estos anómalos fenómenos, nos supo ser muy efectivo operar directamente (en lo exterior) sobre esas expresiones del ser que también alguien es.

Intermediábamos relaciones con los sufrientes usando casas, puertas, jardines o lo que ellos propusieran, con el ser que ellos “decían” ser. Y así intentábamos llegar a la profundidad de sus ánimas.

Si inicialmente había resistencias (o no podían) a mediatizar la realidad con palabras, igual empezamos la comunicación operando con “signos de cosas” que sentían de ellos, siendo ellos, en la búsqueda de un camino de cura.

Entendiendo al contexto (que configuramos y registramos) parte profunda del Yo, es válida nuestra idea e intención de empezar ordenando el “afuera” para hacer posible que en su interioridad los sufrientes puedan ir ganando orden vital. Creemos que en muchos casos puede empezarse una terapia a partir de ordenar (estructurar) la exterioridad de cada uno (configurando-reconfigurando el hacer y estar del sujeto social), porque de alguna manera siempre lo que registramos como contexto es sentido parte yoica.

Trabajando sobre lo contextual empiezan a producirse casi inmediatamente cambios conductuales. Como si el mundo interior se re-configurara. Por eso insistimos en que favorecer el trabajo en lo cotidiano, y sobre el concreto contexto, permite que se alcancen mejorías conductuales, aun en los casos más graves que demandan.

Lamentablemente estas acciones en lo cotidiano y sobre el contexto suelen no ser aceptadas como acciones pertinentes a sus incumbencias por muchos profesionales y técnicos. Pero son efectivas y no deberían dejarse solo en manos de personas ajenos a los saberes académicos. Puedan realizarlas los profesionales. Y, además, con eso ganar una amplia mirada de lo que va sucediendo con los tratamientos.

Ayudas varias: en gestiones o trámites y para concurrencias a fiestas o paseos.

Hay otras tareas de las que suelen desligarse los profesionales de un equipo de salud mental. Otro ejemplo, cuando

hay que acompañar a sufrientes a que cumplan con empleos formales o para asesorarlos cuando realizan tareas productivas de manera libre.

Como actividad creativa, un trabajo, en tanto acción que produce deliberadamente transformaciones a algo para darle mayor valor, nos ubica en el mundo como hacedores del mismo y por ende de nosotros mismos. Y lo que recibamos a cambio nos cualifica positivamente. Ya el decir común refiere a ello. En nuestra sociedad es muy común hablar de poseer dinero como de tener Poder adquisitivo. Mediocre apreciación pero sin duda los trabajos por los cuales se recibe una remuneración monetaria nos auto-valorizan comunitariamente. Sentimos reconocida nuestra ubicación social. Y por ello que poseemos capacidad de ejercer influencias significativas y de sentido.

Siempre que se ayude a alguien a bien situarse, lo que se está haciendo es facultarlo como actor social protagónico. Por eso cualquier tarea de promoción social debe ser vista como un esfuerzo por facilitar a alguien una mejor presentación en la vida (con el sentido que damos a la presentación de algo en el registro de lo existente).

Porque con el trabajo nos revalorizamos socialmente, pasa a ser factor importante en cualquier estrategia de ayuda que pretenda hacer coincidir la cura con la inclusión social. Y explica porque acompañar y sostener a los sufrientes en tales actividades es de máxima importancia terapéutica.

Hay acompañamientos varios. Por ejemplo, acompañar a realizar gestiones que solemos estar obligados de cumplir como ciudadanos. Importantes porque no realizarlas suele condenarnos a soportar carencias de algún tipo o ejercer algún derecho.

Como ya hemos dicho, nuestros usuarios padecen, desde una perspectiva comunitaria, marginación. Y eso significa que tienen vedado o sienten dificultado el acceso o tránsito por algunas instituciones de la comunidad. Estas resistencias les impiden satisfacerse con aquello para lo cual han sido fundados tales espacios.

Es entonces bueno entender que educación, salud, seguridad laboral, etc., son beneficios que ciertas personas solo terminan alcanzando si se las ayuda a cumplir con los formalismos diversos que los establecimientos institucionales imponen. Y que suelen requerir ayudas (imprescindibles, repetimos) para no quedar afuera de los beneficios que tenemos como ciudadanos.

Por eso afirmamos firmemente que cualquier tratamiento que apunte a una cura con inclusión social, debe encontrar a los técnicos dispuestos a acompañarlos y ayudarlos a obtener tales satisfacciones.

Hay además de tales carencias concretas otras diversas y a veces no sentidas como tales. Pero deben develarse en los tratamientos que posean la finalidad que adoptamos ya que será reconociéndolas y superándolas que nos sentiremos autogestionados, autónomos.

Lo anteriormente dicho lo explicamos en nuestra teoría comunitaria de esta manera. Cuando ordenamos mentalmente las situaciones y significamos las cosas que nos contextualizan, sea en simples conversaciones o en el diario hacer, sin darnos cuenta lo que estamos haciendo es operar desde diversos espacios instituidos que hemos abierto para ubicarnos socialmente en las conversaciones.

Las categorías con que clasificamos lo existente se sacan de allí. Todo lo que requerimos para conceptualizar o representarnos la realidad salen de esas imaginarias pertenencias institucionales que hayamos internalizado. Marginados de algunas de ella, aunque no sea eso sentido, nos coloca en desventaja.

Será con ese material psíquico que luego, en los encuentros diversos que establezcamos en el plano comunitario, operaremos la construcción del contexto donde interaccionamos.

Ubicándonos en los diálogos con los otros como voceros institucionales, a partir del significado que demos a las palabras, dirigiremos y ejerceremos Poder en lo cotidiano tratando de dar un sentido propio a lo vivido.

En lo cotidiano siempre ejercemos Poder mostrándonos sujetos de alguna institución. Hablamos desde algún lugar instituido en los intercambios diversos para dar a lo dicho cualidad de realidad y para poder con la influencia de la misma, sentir propio el contexto que vamos estableciendo. No tener esa capacidad, no ejercerla por algún impedimento, implica enajenarnos como personas. Sujetarnos a lo que signifiquen y al sentido que den los otros a las situaciones y a la vida.

Un ejemplo de eso y referido a lo sanitario, el ámbito donde nos movemos como trabajadores de salud mental, sería la medicalización en lo cotidiano.

Si siendo trabajador sanitario, médico o incluso psicólogo o profesional afín, logro en una vulgar conversación llevar la temática a que se la considere saber de un campo de conocimientos que supuestamente domino, seguramente tendré en la resultante configuración de realidad-verdad establecida, mayor injerencia que los demás. Si un médico en una discusión comunitaria sobre algún asunto dice..." como asunto medico digo que esto es..." , bueno, ahí la discusión se cierra. O se cuestiona la premisa.

Volviendo al tema que dejamos con estas disgregaciones, si alguien es rechazado de algún espacio instituido, si tiene impedido el tránsito, digamos, por una agrupación de amigos, sentirá cierto vacío existencial. Intuirá que se realizan ahí categorizaciones, adjudicaciones de significados y procesos dadores de sentidos en la que él no ha participado. Que estará luego limitado para reflexionar sobre algunas cuestiones con sus compañeros.

Si tales "barreras" terminan auto-impidiendo usar categorías o conceptos, precisas cualidades calificativas de lo existente, podemos decir que se ha empobrecido intelectualmente y como sujeto marginado se mostrará en ciertos momentos alienado.

Acompañar a realizar gestiones, ayudar a que no sea una persona rechazada con aquel dicho tan reiterado de "usted debe ir a otro lado para que lo ayuden", lugar nunca encontrado porque donde vaya le dicen lo mismo, es empezar a hacerle coincidir su

cura con la integración social. A sentir que se lo considera sujeto hacedor de lo existente en cualquier lugar.

Esto, que se puede hacer simplemente acompañando a los usuarios a realizar trámites, es una forma de promover las curas desde una perspectiva comunitaria. Y por eso deberían ser acciones que lleven a cabo todos los miembros de los equipos de salud mental. Más teniendo en cuenta que luego, en los momentos de reflexión, cuando se juzguen los resultados para ratificar o rectificar lo que se va actuando, son también de mucho valor las directas miradas de profesionales psicólogos, médicos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, psicopedagogos u otros que pudieran haber estado con el sufriente.

Sería por lo menos deseable que aquellos que dicen adherir a la desmanicomialización rionegrina lleven tales tareas a cabo.

Cierre.

Volvamos entonces a interpretar, osadamente, lo que apuntamos al principio de este capítulo. ¿Qué puede estar diciendo esa frase de “yo no estudié para eso”?

Puede mostrarnos dos cosas: o ignorancia de que operar para una inclusión social con acciones “inespecíficas” es una tarea terapéutica, o que alguien no tiene aptitud para trabajar en una salud mental comunitaria. Que defecciona para eso de hacer coincidir la cura con la inclusión social.

Creemos que no se puede tener tal finalidad y eludir este tipo de tareas. Y lo decimos sin intención de descalificar a nadie por operar de otra manera. Por ejemplo y sobre todo a los tantos técnicos y profesionales que sabemos buscan alcanzar fines asistenciales o reparativos. Porque continuamente serán estos necesarios a la hora de poner a las persona demandantes en mejores condiciones de vida.

Si bien hay intentos de elaborar un campo disciplinario que trabaje de esa manera que llamamos “terapia en lo cotidiano”, lo que se denomina Salud Mental Comunitaria en Rio Negro es un

Movimiento de Salud Mental. Integra saberes, disciplinas varias y diferentes actores. Promueve, es cierto dada su finalidad, lo promocional y trata de que los sufrientes ganen fortaleza para llevar a cabo tareas curativas autogestivas. Pero en ningún momento reniega ni expulsa algún saber o disciplina científica. A todos los entiende como recursos terapéuticos. Independientemente de que algunos técnicos no quieran que se los reconozca como recurso de otro tratamiento.

Porque la marginalidad social y dependencia institucional se nos supo mostrar causa distinguida del dolor mental, concluimos este capítulo diciendo que, aunque es cierto que nada de lo asistencial-reparativo despreciamos como recurso sanitario, si creemos que una terapia basada en lo promocional debe apelar lo más posible a lo autogestivo.

Esta manera de hacer y pensar las cosas sobre salud mental supo traernos problemas y animadversiones. Interpelar lo ya establecido no está gratuitamente permitido.

Pero como siempre aumentamos la apuesta: afirmamos que toda terapia, tarde o temprano, debiera evaluar sus éxitos o fracasos en el concreto desempeño comunitario del sujeto atendido. Porque “solo en el agua puede confirmarse que alguien sabe nadar” decimos que es en el diario vivir donde se ven los éxitos y fracasos terapéuticos. O dicho de otra manera y ya sobre los tipos de terapias, “los pingos se ven en la cancha”.



Foto: Jonathan Plaza

INVOLUCRACIÓN

Lic. Aníbal Gutiérrez

*“No puedo hablar para nada decir.
Por eso nos perdemos yo y el poema,
en la tentativa inútil de transcribir relaciones ardientes.”
Alejandra Pizarnik*

En el trabajo diario con la modalidad rionegrina de salud mental comunitaria, el encuentro persona a persona, que consideramos necesario para movernos juntos hacia la inclusión social de quien padece sufrimiento mental, conlleva ciertas particularidades que queremos compartir como para ir tratando de entender, y quién sabe si hasta en algún momento comprender algo del asunto. Siempre que nos disponemos a recorrer los inéditos caminos hacia el ejercer influencia para significar la realidad y construir un proyecto vital, de forma tal que podamos transitar el espacio comunitario de manera fluida y sin que ninguna de las instituciones reguladoras de intercambios monopolice la categorización de la persona y su conducta, es decir hacia esa finalidad tan mencionada de la inclusión social de nuestros semejantes, siempre que vamos a transitar esos caminos, decíamos nos advertimos que no son caminos sencillos y que hay en el asunto y su modalidad de persona a persona, un cierto riesgo para quienes los recorren, que la complejidad y la dificultad suelen ser grandes, correspondientes al campo multistitucional de la comunidad, y que además necesariamente requiere para aquellos que se avienen a la tarea, trabajos de operación y de reflexión constantes a fin de no extraviarse en el viaje.

Si rumbeamos bien, las personas en situación de exclusión con quienes trabajamos, irán construyendo la capacidad de ejercer influencia significativa y de sentido, de significar la realidad y de construir su proyecto de vida, que se inscribirá en las líneas

generales de la historia de su comunidad; aún para subvertirla en el devenir de producción creativa. Es decir irán ganando Poder. Sabemos que esta labor de promoción de la inclusión social debe hacerse en equipo y que ese equipo, complejo grupal-institucional-comunitario, es el operador fundamental de nuestra práctica, y que una vez lanzados a esta operatoria, la involucración de nuestras personas en la complejidad del campo multiinstitucional de la vida cotidiana no es un dato más del oficio sino un elemento a ser considerado con la mayor atención. Nos parece que es menester tratarlo y utilizar si es posible este conocimiento como material de reflexión que a su vez relance la acción orientada a la transformación de la situación de exclusión.

Como solemos decir, a veces se nos da un poco por andar cirujeando conceptos entre otras cosas del mundo. Y decimos a veces porque no nos queremos asomar al asunto abismal este de que hasta las palabras, que en su necesaria sucesión nos van componiendo esos conceptos, son ajenas y que nos llegan ya bastante usadas; usadas pero a la vez exuberantes de potencialidades combinatorias, de producción de nuevos sentidos. Así es que para nombrar ciertos procesos psíquicos, en los que los afectos de un mundo anterior son reasignados a representaciones actuales, y que en el ida y vuelta de este entrecruzamiento de enlaces conmovedores, en los que se encuentran envueltas las personas, relacionadas además con sus producciones organizacionales e institucionales, para nombrar estos devenires decíamos, los compañeros de movimientos refulgentes como el Institucionalismo nos han hecho, hace un mar de tiempo, el obsequio de pensar en lo que dieron en llamar transferencia institucional. Parece que se dieron cuenta, estos compañeros fundacionales, que al considerarse los fenómenos que ocurrían en los conjuntos humanos que compartían la cotidianeidad del espacio y el tiempo, señalados por normativas de organizaciones, hospitalarias por ejemplo, esto de la transferencia institucional se daba entre todo el conjunto y encima de forma cruzada. Es decir todos en el baile, incluido el distinguido conjunto de profesionales y

esos ideales que fundaban los artificios palabrísticos de las instituciones y sus materiales organizaciones. En el devenir de estos nuevos enlaces con representaciones actuales, todos en el gran circo institucional se beneficiaban de que el lugar del Ideal fuera ocupado por la autogestión, por la política de recuperar el poder de significar la realidad compartida, así como podían también perjudicarse de la rigidez conservadora de insistir en la repetición de lo señalado por la normativa organizacional, que producía seguridad del control de la locura pero, vistos los resultados del manicomio para con el sufrimiento mental, digamos que mucho a la locura no la curaba el intento de predecir al detalle los intercambios entre la gente. Algo benéfico de lo humano acontecía por el contrario al promover la autogestión en la realidad cotidiana, aún en las panzas de estos monstruos monovalentes.

Más luego, nos hicieron el obsequio de pensar, otros próceres del mismo palo, como para afinar el asunto y recubrir otros aspectos de la experiencia en el ámbito institucional, y además nos regalaron la noción de Implicación como ese denso nudo de relaciones, que nos enlazan con el complejo que se pretende interpretar; necesario desde entonces analizar esta implicación subjetiva al abordar estas producciones humanas, si es que pretendemos discernir algo en estos artificios contruidos para discriminar esto de lo otro y darle cualidad de existente. Personas lúcidas se han ocupado de aclarar que el asunto de la implicación no remite a algo susceptible de inscribirse en un gradiente, en un aumento o disminución de algo, sino que refiere al mencionado nudo de relaciones, y que tampoco se inscribe en categorías morales de bueno o malo, sino que es la conceptualización de un fenómeno cuya utilidad reside en su análisis, en el develamiento de su composición, en el desanudamiento entonces de algo que está siempre presente provocando efectos en las intervenciones y de yapa requiere análisis individuales y colectivos.

En esta línea de pensamiento institucionalista, es que hablar por ejemplo de sobreimplicación se concibe como una desviación del concepto de implicación, refiriendo la

sobreimplicación a una suerte de *mercantilización de la subjetividad, una sobreexplotación de la persona por la organización mercantil*, y no a una cualidad de intensificación del fenómeno de implicación.

Creímos relevante mencionar la transferencia institucional y la Implicación para luego ocuparnos centralmente de la Involucración, con el fin de diferenciarlas y en esa diferenciación aprovechar la riqueza de elementos diversos pero relacionados con un aire de familia, que potencian la instancia reflexiva de nuestro quehacer en salud mental comunitaria.

La noción de Involucración refiere a la participación del miembro del equipo de salud mental comunitaria en un tratamiento que busca la reconstrucción subjetiva del semejante, en un trato de persona a persona. En donde esta participación en la situación del otro conlleva el asumir activamente el compromiso de permitir el ejercicio de mutuas influencias. Este estar envueltos en situación con el otro, en el campo multiinstitucional de lo comunitario, este ejercicio de mutuas influencias en el trabajo de persona a persona, conlleva además lo que más arriba referimos como fenómenos transferenciales institucionales, por supuesto la presencia de la implicación subjetiva y colectiva y su necesario análisis. Pero a diferencia del concepto más abarcador de la implicación, la involucración a la que nos referimos, sí se aviene a ser usada con prefijos que den cuenta de sus variaciones fenoménicas, sin desviarnos del concepto; es decir es de utilidad para nosotros explicar ciertos sucesos sirviéndonos de las formas de sobreinvolucración y de desinvolucración.

Un uso justificado en la capacidad operativa de los términos, en un intento por explicarnos lo que nos sucede cuando nos tratamos de persona a persona con un otro, con la finalidad de inclusión social. Eso que intentamos hacer cada día, entraña una tensión entre fenómenos de familiarización del trato, funciones normativas institucionales y ejercicio de poder. El arte estaría en entrar en el campo multiinstitucional de la vida cotidiana, resolver influencias mutuas de persona a persona, permitirnos ser influidos y

sin embargo no perder nunca de vista la finalidad que orienta todo el hacer. Es así que este trabajo tal como quisiéramos realizarlo en esta versión de la Desmanicomialización conlleva necesariamente la involucración de quienes lo realizan, y esta involucración requiere a su vez de atención en su devenir, en sus transformaciones dinámicas. Los fenómenos suscitados en este trabajar de persona a persona implican por ejemplo la familiarización del trato con ese otro que, excluido socialmente, requiere atención de su padecimiento. Y para tratarlo se diseña una estrategia. Esta estrategia fruto del diseño de un equipo, se expresa en un complejo de varios elementos, cuyas series de acciones particulares se orientan parcialmente por objetivos específicos y en su conjunto sistemático por una finalidad general que, como siempre repetimos, es la inclusión social.

En este quehacer con un otro, orientado en lo inmediato por objetivos parciales, es muy fácil extraviarse y perder la visión de la finalidad a la cual debe obedecer cada actividad parcial. En un trato familiarizado donde los fenómenos correspondientes a lo grupal florecen con relativa facilidad y son instrumentados como parte de la técnica de intervención, en la construcción de un nosotros para perseguir ciertos fines, sanitarios por ejemplo, la sobreinvolucración suele verificarse en fenómenos que denotan la confusión, y en ocasiones el trastocamiento, entre finalidad (política) y objetivos (técnicos estratégicos) por parte de quien efectúa la tarea diseñada. El trato persona a persona implica para el miembro del equipo encargado de operar las actividades, por un lado una permanente consideración reflexiva con el conjunto del equipo sobre los efectos que logran las actividades en la persona socialmente excluida, si gana o pierde poder, y por otro la reflexión sobre sí mismo y los efectos que la tarea tiene sobre su persona y el conjunto. Cuando algo de este necesario clivaje entre lo indiferenciado grupal y lo diferenciado institucional se pierde en beneficio de la instauración de fenómenos de indiferenciación (un nosotros sin límites), suelen aparecer momentos donde la conducta

de este conjunto indiferenciado se contraponen a todo lo que considera como exterior, ajeno y por lo tanto peligroso.

De perdernos en esta indiferenciación nos salvan la reuniones de equipo, cuando los compañeros nos dicen lo que ven cuando nos ven sobreinvolucrados. Cuando algo de esta índole nos ocurre, perdemos de vista la representación como miembro de un equipo (complejo grupal-institucional), como parte de una organización que persigue cierta finalidad que excede pero comprende a nuestra persona. Insistiremos: como efector de salud uno nunca deja de saber que le corresponden ciertas funciones vinculadas a una organización, que a su vez es la expresión material de la institución salud; pero cuando nos sobreinvolucramos nuestra operatoria deja de estar orientada por la finalidad que guía, que informa las acciones de esa organización que llamamos equipo, para pasar a estar ordenada por fines personales en los que se persiguen satisfacción de necesidades sentidas en la indiscriminada grupalidad construida en un conjunto diferente al equipo. Cuando nos ocurre esto, uno de los efectos que lo hacen conocido, es por ejemplo que la crítica de la operatoria, en el sentido del discernimiento de los elementos involucrados y su dinámica y efectos, no son admitidas sino como una objeción personal, ya que al estar ubicado en un registro del sentirse_grupo_con_ese_otro diferente del equipo, todo aquello que intente discriminar, ordenar, introducir la sucesión temporal, en fin todo lo que se configura ajeno a ese grupo será considerado como peligroso y provocará la reacción de defensa consecuente. Es decir cuando nos ocurre esto de sobreinvolucrarnos es muy difícil admitir propuestas de rectificaciones de las tareas que venimos haciendo sin sentirlo como personal, por más razón técnica que asista a la crítica. En este plano se moviliza la reacción emocional como respuesta sin mediación, que luego recibirá los disfraces pertinentes del discurso en la organización defensiva, siempre con efectos disgregantes para el equipo. Momento filosófico que merece ser tratado con la mayor prudencia por el encargado de coordinar la reflexión de equipo. Incidir sobre ese NOSOTROS que conlleva la existencia de otro

grupo además del equipo, que también es ámbito grupal en uno de sus planos fundamentales, es una tarea delicada. La de traer a la luz de la explicitación esta dinámica productora de malestar. Cuanto más anoticiados nos encontremos sobre los mecanismos de estos fenómenos los integrantes de los equipos, se facilita la tarea de reconocer su ocurrencia. Por ello la relevancia del compartir conceptualizaciones referenciales y operativas, compartir el mapa que nos orienta. Pareciera que nos facilita la tarea de relacionar lo complejo que nos va aconteciendo en el hacer este de involucrar nuestra persona en el aventurarnos por las sendas de la inclusión social. Resumiendo algunas características de la sobreinvolucración: dificultad para realizar o aceptar la reflexión crítica, propia y ajena, sobre la tarea. Primacía de lo emocional por sobre lo racional analítico; aparición en el discurso de un *nosotros* **que no refiere al equipo de trabajo** sino a otro conjunto diferente. Ocultamiento de información al equipo sobre la actividad y sus efectos.

En cuanto a la desinvolucración podría decirse que es el movimiento inverso, la primacía de lo institucional normativo como un modo no de quedar envuelto en una situación de indiscriminación con el otro sufriente. Una medida defensiva que se vale de todo el artificio organizacional, para mediar la relación con el otro que nos demanda atención. Nuestra persona tiende a ser reemplazada por nuestra función en el medio organizacional, despersonalizando el trato se persiguen fines normativos institucionales, pero solo como reacción para protegerse de lo se teme si se admitiera al otro como persona en su complejidad. Aquí el tiempo y el espacio están fraccionado con rigor férreo. Los cuerpos ocupan logares predeterminados a horas indicadas y con funciones preestablecidas, las conductas son rotuladas en base a la futura undécima versión de las Clasificaciones Intergalácticas de Enfermedades, que tiene lugar y nombre para casi todo el quehacer humano. Lo creativo agoniza, pues la participación necesaria para promover la invención se halla ausente por miedo a indiscriminarse, a fundirse con ese otro. Entonces los tratamientos tienden a seguir caminos prefijados en donde el resultado no importa tanto como la

fidelidad a los procedimientos establecidos. Lo estratégico se anula, dando paso a la repetición desvitalizada de lo institucional frente a una realidad compleja que desborda este enfoque permanentemente. Este fenómeno de la desinvolucración como medida defensiva por supuesto requiere de la atención correspondiente en la reflexión de equipo y su intento de transformación; pero también plantea la existencia de límites personales en cuanto a la operatoria de salud mental comunitaria y los efectos sobre la subjetividad de quienes nos avenimos a esa tarea. El efecto de la desinvolucración reconocible es el tedio de la repetición constante y la obturación de la creatividad, con la insistencia de frases típicas como los clásicos: “...eso ya lo hicimos...” o “...eso no nos corresponde a nosotros, es tarea de ...” la primera desconoce que una operatoria se define por la consideración de la situación de la persona y que la situación por definición no es fija, sino un punto de convergencia de diferentes series de variables, esto de la fluctuación vital ya lo sospechaba hasta don Heráclito. La segunda frase si bien intenta afianzarse en la pertinencia funcional de la organización en cuanto a su objeto de intervención, olvida el carácter intersectorial de nuestro quehacer y que en virtud de este, modulamos las operatorias con la institución que haga falta, lo que nos puede llevar desde organizarnos para estudiar polinomios, hasta una intervención de urgencia en una desorganización psíquica grave. En todo quehacer en este figurado arco de posibilidades, estaremos haciendo salud mental comunitaria si nos orientamos por la finalidad de la inclusión social. Se entiende que no todos los compañeros, ni todo el tiempo todos, podamos practicar con arte esta exigente modalidad; y ya lo decía el refrán “No pa’cuquiera es la bota de potro”.

Textos profanados para cometer el anterior

1. *Giorgio Agamben. 2005. “Profanaciones”. Bs.As. Argentina. Adriana Hidalgo Editora.*

2. *Giorgio Agamben. 2016. "Qué es un dispositivo". C.A.B.A. Argentina. Adriana Hidalgo Editora.*
3. *René Lourau. 1991. "Implicación y sobreimplicación". Conferencia dictada en "Espacio institucional. La dimensión social de las prácticas sociales." Asoc. Civil El espacio Institucional. Bs.As.*
4. *René Lourau. 2007. "El Análisis Institucional". Bs.As. Argentina. Amorrortu.*
5. *Gregorio Baremlitt. 2005. "Compendio de Análisis Institucional". Bs.As. Argentina. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.*
6. *Gregorio Baremlitt. 1991. "La concepción institucional de la transferencia" en "Cinco lições sobre a transferencia". <http://www.medicinayarte.com/libros-digitales/esquizoanalisis/smav3.htm>*
7. *José Bleger. 1ra. Edic. 34 Reimp. 2012. "Temas de Psicología (Entrevista y grupos)". Bs. As. Argentina. Ediciones Nueva Visión*
8. *José Bleger. 1980. "Psicología de la Conducta". Bs.As. Argentina. Paidós.*
9. *José Schiappa Pietra. 2012. "Teoría comunitaria y dispositivos de inclusión social". Gral. Roca. Argentina. Publifadecs.*
10. *Sigmund Freud. 1981. "Psicología de las masas y análisis del yo". Ensayo CXIII. Tomo III, Obras Completas. Madrid. España. Biblioteca Nueva.*



Foto: Jonathan Plaza

LA BATALLA CONTRA EL ESTIGMA

Lic. Mirta Elvira

"La enfermedad, a menudo, más que el dolor físico es la pérdida de poder o dignidad humana, que se traduce en prepotencia de los sanos, y que acentúa las diferencias sociales"

Giovanni Berlinguer

En la provincia de Río Negro intentamos acercar a las personas que tienen un padecimiento mental, a su vida habitual en la comunidad tan pronto como sea posible. Esto es lo que entendemos por inclusión social.

¿Quién no ha estado diagnosticado de algo alguna vez en su vida? De una u otra manera podemos aceptar que los diagnósticos son parte de las herramientas con las que cuenta el quehacer sanitario. Sin embargo, los diagnósticos relacionados a la salud mental son una marca muy fuerte, un estigma que muchas veces se carga de por vida. Nosotros preferimos hablar de padecimiento mental, fragilidad subjetiva; en un sentido más amplio, creemos que no es necesario etiquetar a las personas con un diagnóstico ya que esto puede generar efectos perjudiciales.

En nuestra formación y práctica dentro de la salud mental comunitaria hacemos hincapié en el contexto en donde esa persona presenta una crisis. Valoramos en todos los sentidos posibles las relaciones interpersonales que el sujeto conserva y sabemos que seguramente allí, se dará el primer cimbronazo en el que resuena el "síntoma". Atender solamente los síntomas, expresados a través del delirio, alucinaciones, excitaciones, intentos de suicidio, depresiones, etc., no resuelve el problema. Es necesario escuchar, sostener, cuidar con todas las herramientas que estén a nuestro alcance y por sobre todas las cosas trabajar el contexto, el entorno donde esa persona con padecimiento mental vive.

El sistema basado en el hospital psiquiátrico no dio respuesta a las grandes problemáticas de la salud mental que en al

país y en el mundo se evidencian. La baja accesibilidad en relación a la atención, alta carga de enfermedad y una importante vulneración de derechos de las personas con padecimiento mental es lo que el manicomio nos ha dejado. Por eso pensamos la **desmanicomialización** como un cambio de sistema que no es solamente el cierre del hospital monovalente sino que implica cambios en los *componentes del sistema*.

¿Cuáles son esos *componentes*? La política, la organización de los servicios, los modelos de atención, los recursos presupuestarios y la formación de los recursos humanos, la sensibilización de la comunidad y por supuesto, las leyes.

En la provincia de Río Negro contamos desde el año 1991, con la Ley de Salud Mental Nº 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Sufrimiento Mental, conocida como ley de "*Desmanicomialización*" y desde el año 2010 con la ley Nacional Nº 26657 de Salud Mental y Adicciones. Para poder implementarlas es necesario trabajar en una política de Salud Mental Comunitaria de Derechos Humanos, esto conlleva una mayor accesibilidad a la atención, una menor vulneración de los derechos de las personas con padecimiento mental y una menor carga de enfermedad para la población en general. Basta compararlo con un modelo clínico asistencial manicomial para ver que el modelo comunitario tiene muchos efectos positivos para la población.

Los *modelos de atención* son formas de organizar recursos para enfrentar determinados problemas, hay dos modelos en pugna, el modelo clínico asistencial y el modelo comunitario. El modelo clínico sostiene una modalidad basada en el hospital psiquiátrico donde en general las personas con padecimiento mental aparecen representadas con conceptos sociales negativos, como por ejemplo: "el paciente es peligroso, incapaz, irrecuperable". Percepciones que después derivan a que esas personas puedan ser aisladas, o ser sujetos de prácticas restrictivas. Este modelo clínico además responsabiliza muchas veces al propio usuario de la falta de evolución positiva de su padecimiento, en vez de responsabilizarnos nosotros con todo lo que nos falta recorrer

para ayudarnos entre todos. Es a la persona que se le dice que es abúlica, que no tiene adherencia al tratamiento, que hizo abandono. A lo mejor hizo abandono porque no pudo por algún motivo, porque tiene problemas sociales complejos, porque no tiene ningún referente de apoyo etc. etc. y enseguida decimos que no tiene adherencia al tratamiento. Todo esto no es casualidad, es un modelo que visualiza a la persona como incapaz de evolucionar. Le pone un techo en lugar de pensar que es el modelo de atención el que se tiene que modificar. Otro componente para tener en cuenta en esta transformación hacia el modelo comunitario, es la organización de los servicios; cada lugar tiene que tener su propio sistema, un hospital general en el que se puedan internar los casos agudos, un centro de atención primaria, una empresa social, un alojamiento en caso que la persona carezca de vivienda, un centro recreativo cultural y todos los dispositivos con base territorial necesarios para una mejor inclusión social. Los recursos sanitarios mencionados son una parte de las ofertas que nosotros podemos gestionar sin embargo, no son los únicos. Es necesario un trabajo intersectorial, para que la persona retome su vida habitual anterior a la crisis.

Nuestro primer objetivo es no sanitizar a las personas. Luego, tenemos que aprender a identificar la riqueza de la comunidad a la que pertenece y valorar la fortaleza de la vida del propio usuario. A esto nos referimos con trabajar el contexto, qué familia, amigos, amores y lazos sociales con los que pudiera contar. Apuntamos a que cada persona viva como desea vivir, sola o con su familia.

Otro componente clave en el modelo comunitario son los recursos humanos que deben estar formados bajo el imperativo categórico de nuestra época que es "*la inclusión social*". Creemos que hay un déficit al respecto en la formación universitaria y en la generalidad de las prácticas de grado. Las mismas están más orientadas a suprimir el síntoma y a la descripción sintomática. No alcanzan estos elementos para acompañar la vida de una persona que necesita volver a su vida habitual. Muchas veces, con el modelo

clínico asistencial se produce un corte con aquellos lazos sociales a los que nos referíamos, que son indispensables para su recuperación. Ese corte no lo hace sólo un padecimiento mental, sino también las prácticas orientadas a ofertar un dispositivo en donde se brinda casa, comida y medicación (un dispositivo total) a costa de su libertad, sus derechos, su elección de vida.

Volver a empezar

"Debemos aprender a perder, y a retomar de nuevo la lucha, porque solamente así lograremos convencer. El pueblo, con sus razones, debe convencer" Franco Basaglia

Tenemos que estar dispuestos a comenzar de nuevo. Solemos decir que los que trabajamos en el ámbito de la salud mental tenemos que tener un alto grado de tolerancia a la frustración. Y sí, muchas veces nos vemos retomando la punta del ovillo porque las personas somos complejas, el entorno es complejo y por supuesto las relaciones interpersonales también lo son.

Consideramos que la resistencia al cambio no sólo proviene de la persona que presenta un padecimiento mental sino que también el contexto es resistente y por ello es que no nos sirve atender sólo el síntoma sino ver de dónde está excluida esta persona. Hay que cambiar también las expectativas de todos nosotros. La evolución, en un sentido amplio, de quien presenta un padecimiento mental no está dada por la variable psicopatológica sino por todas las estrategias de abordaje que somos capaces de ofrecerle a esa persona: estrategias sanitarias, sociales, culturales, laborales, educativas. "Cuando los actores tienen esperanzas positivas, cuando no le ponemos un techo a esa persona con algún padecimiento mental, esa persona va a evolucionar favorablemente".(Graciela Natella) Es posible realizar toda esta tarea?

En la provincia de Río Negro contamos con muchas experiencias al respecto y en todas es muy importante lo que llamamos el trabajo en red. "Si la persona se enfermó en la

comunidad, la persona se tiene que sanar en la comunidad, eso es la inclusión social" (Pepe Schiappa Pietra). Nosotros, el equipo de salud mental, somos el apoyo no sólo cuando está en crisis sino en la comunidad.

Cuando una persona que tiene un padecimiento mental participa de una experiencia comunitaria de cuidado y atención, las crisis son mucho más espaciadas, menos profundas y en muchos de los casos directamente no aparecen. Trabajamos mucho las decisiones anticipadas, esto quiere decir que cuando la persona sale de la crisis tiene la posibilidad de hablar con el equipo, un equipo interdisciplinario en el que cualquiera de sus miembros puede llevar adelante la estrategia planteada y decidir qué cosas le hicieron bien en ese cuidado y atención y cuáles tuvieron un impacto negativo. Para que esa estrategia pueda tener continuidad nada mejor que el usuario y muchas veces la familia, forme parte del armado de la misma. La decisión anticipada nos garantiza que cuando una persona ingresa a la guardia del hospital general con un cuadro agudo, tenemos las herramientas necesarias de cómo atenderla porque ya la conocemos y hemos trabajado en equipo este tema.

Si bien desde el primer momento que una persona toma contacto con el área de salud mental del hospital visualizamos la trama de todas las estrategias posibles, los dispositivos que generan este tipo de trabajo en red, son los que están más cercanos a la comunidad.

Centro Cultural Camino Abierto. Hospital Zonal Bariloche

"Es importante que yo penetre directamente en el tejido social para crear los presupuestos de un consenso que lleve no tanto a una mayor tolerancia, sino a una toma de responsabilidades, a un hacerse cargo por parte de la comunidad de los problemas que le pertenecen".

Franco Basaglia

En la ciudad de San Carlos de Bariloche desde el año 2008 funciona el Centro Cultural Comunitario "CAMINO ABIERTO" que

depende del Hospital Zonal Bariloche, para usuarios de salud mental y la comunidad en general, con actividades culturales, deportivas y laborales gratuitas en un lugar donde no hay más manicomios desde el año 1988.

El Centro Cultural Camino Abierto se encuentra ubicado en el Barrio Ñireco, a dos cuadras del Lago Nahuel Huapi y a 10 cuadras del Hospital Zonal, accesible a todas las líneas de colectivo. Comparte el mismo radio que uno de los clubes y colegios más importantes de Bariloche.

Tras los primeros anuncios por parte del Ministerio de Salud de la apertura de un Centro, un grupo numeroso de vecinos se levantaron en protesta y se organizaron para frenar dicho emprendimiento. Hubo asambleas barriales de participación vecinal, así como asambleas generales con la presencia de vecinos, del director del Hospital Zonal, personal del mismo, el Intendente Municipal, concejales, jueces de familia, representantes del Ministerio de Acción Social de la Provincia de Río Negro, medios de comunicación, conocidas en Río Negro como Asambleas Comunitarias. En dichas asambleas realizadas en lugares públicos, los vecinos argumentaban los motivos por los que *no iban a permitir* que esa estructura funcionase en ese barrio, debido a la “peligrosidad” y posibles “actos de violencia” que los “enfermos mentales” pudieran ocasionar. Manifestaban que no iban a poder estar tranquilos, que sus hijos no podrían circular libremente, fundamentando este presentimiento en que “los enfermos mentales son violentos” y que debían estar en otro barrio más aislado.

En una nota del Diario Río Negro del 18 de septiembre del 2007, se expresaba: *“Los vecinos que habían juntado 1400 firmas para manifestar su oposición a que se instale en el barrio Ñireco la “Casa de Medio Camino” para pacientes del área de salud mental, fueron recibidos esta semana por el Secretario de Gobierno quien les manifestó que el municipio rechaza la instalación del centro de salud en esa área de la ciudad (...) que dicha casa de medio camino no podía funcionar en el barrio por un impedimento de la Carta*

Orgánica de Bariloche, que los códigos urbanos lo prohíben, que el problema pasa por definir dónde va a poner la sociedad a la gente diferente.”

La pregunta era ¿cómo trabajar con una comunidad que rechazaba, marginaba y estigmatizaba al sufriente mental? Y la preocupación subsiste en tanto, a pesar de la existencia de la Ley, la población no ha acompañado plenamente el proceso de cambio.

Es así como desde Salud Pública, atendiendo a los reclamos en relación con la Carta Orgánica, respecto a que no se podían instalar centros de salud en ese lugar de la ciudad, se produjo un viraje en la propuesta y se pasó de la “Casa de Medio Camino” a un “Centro Cultural Comunitario”, dado que una actividad cultural sí es posible en cualquier barrio. Se mantuvieron reuniones con diferentes sectores de la comunidad para comunicar e informar sobre la nueva propuesta que, en principio, había sido recibida con mucha desconfianza. A pesar de que los vecinos insistieron en su negativa e interpusieron una acción de amparo para que no se instalase el Centro, los tribunales locales, ante el cambio de “Casa de medio camino” a “Centro Cultural Comunitario”, fallaron a favor de la institución, obligando a pagar las costas del proceso a los vecinos.

De este modo, se creó un espacio abierto a la comunidad en donde se realizan emprendimientos culturales y laborales para los usuarios de salud mental, con un carácter recreativo y productivo para promocionar las mejores condiciones de la vida cotidiana de los mismos. Asimismo, se implementó una asamblea comunitaria general semanal (con personal de salud, vecinos, autoridades, consejo local de salud) para discutir el funcionamiento del dispositivo. Diferentes posturas son las que marcaron este proceso. Finalmente, los vecinos dejaron de obstaculizar la apertura y el funcionamiento del nuevo dispositivo, al mejorar la comunicación con ellos. Fueron sumamente importantes y necesarias las intervenciones que desde el Centro se efectuaron con diferentes organismos públicos (municipio, acción social, educación, justicia, ministerio de familia, ministerio de gobierno), sectores privados

(bancos, empresas, comercios, clubes), ONG`s (fundaciones, asociaciones civiles), entidades religiosas y culturales, y el voluntariado, las que lograron cambiar “los fantasmas” que inicialmente obstaculizaban la puesta en marcha y el normal funcionamiento del Centro.

A partir de su apertura, desde la coordinación del Centro se comenzó a trabajar con los usuarios en tres áreas específicas: cultural, deportiva y laboral. Así, el Centro Cultural Comunitario CAMINO ABIERTO funciona como un dispositivo abierto a todos los individuos de la comunidad, para atender con igual dedicación a toda la comunidad.

Un claro ejemplo de la apertura y participación de los vecinos en las actividades del Centro, se vio reflejada en las fiestas de fin de año, en la que hubo corte de calle y armado de escenario, y en donde se pudo exponer el trabajo realizado en los talleres por los usuarios del Centro, a lo que se sumó la participación de artistas locales y vecinos con alguna especialidad artística.

Hoy en día, el Centro Cultural Camino Abierto es un dispositivo que brinda a toda la comunidad de Bariloche una variada oferta cultural (teatro, música, plástica, radio, cerámica, murga, literatura, comunicación), deportiva (fútbol, vóley, yoga) y laboral (costura, tejido, artesanías, carpintería). Es de destacar la Empresa Social que se formó luego de la experiencia adquirida en estos emprendimientos mencionados, con aportes de Fundaciones se pudieron comprar máquinas textiles y montar un taller llamado “Maquinando” en el que se confeccionan y comercializan uniformes, bolsas de diversos negocios, delantales, etc. Se realizan también asambleas comunitarias donde se organizan las tareas entre todos los usuarios del Centro, grupos terapéuticos, atención individual, etc.

Camino Abierto se ha constituido en un dispositivo que reproduce la vida en comunidad, donde lo importante es el crecimiento que aporta a la persona el hecho de compartir un espacio con otros. Se valorizan los grupos informales como las mateadas, compartir el almuerzo, cumpleaños, salidas y

excursiones, por considerarlos sostenedores, generadores de pertenencia e identidad.

Dentro de las acciones que llevan adelante los trabajadores de la salud mental con el objetivo de *“promover una mejor calidad de vida para las personas con padecimiento mental”*, están las de mantener reuniones con la familia, gestionar pensiones, apoyar el trabajo temporario e incluir el trabajo productivo de diferentes emprendimientos. Todas las actividades están orientadas a acompañar, apoyar, promover las capacidades de las personas, ampliando lo máximo posible el abanico de posibilidades de inclusión social.

Si bien hubo resistencia por parte de la comunidad en la apertura del mismo, podemos decir que hoy la inclusión de los usuarios con vecinos, familias, trabajadores y comunidad, ha sido exitosa. Creemos que cuidar no es dejar sola a la persona que presenta un padecimiento mental sino brindarle herramientas que nos permitan entre todos armar una red de contención y lograr así una mayor participación de los usuarios en todas las dimensiones de la vida social. El fin último del trabajo que se realiza en el Centro Cultural se focaliza en que los usuarios de salud mental puedan construir vínculos que les permitan ser parte de la trama social.

Fragmentos de un discurso amoroso

“El interlocutor perfecto, el amigo ¿No es entonces el que construye en torno nuestro la mayor resonancia posible? ¿No puede definirse la amistad como un espacio de sonoridad total?”

Roland Barthes.

En el siguiente punto queremos compartir la voz de los actores con fragmentos de las entrevistas realizadas en el marco de la investigación cualitativa en curso sobre *PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Análisis del Caso del Centro Cultural Camino Abierto, una experiencia de Desmanicomialización.*

Los siguientes fragmentes son de usuarios del Centro Camino Abierto, trabajadores que se han formado en la salud

mental comunitaria, vecinos que han vivido toda la etapa de rechazo, estigmatización y finalmente inclusión del dispositivo, pasantes y formadores de alumnos de carreras afines, directivos y decisores políticos de la etapa en la que se abrió Camino Abierto.

R. Usuaría del Centro Cultural Camino Abierto (CA): “He mejorado mucho desde que vengo a CA antes tenía muchas internaciones cada dos por tres, mucha medicación, mucha angustia. Desde que empecé a venir acá empecé a mejorar a estar más tranquila, a tener buen estado de ánimo, no estar tan angustiada. No tuve más internaciones todavía, por suerte”. “Para mí CA es una oportunidad de integrarnos a la sociedad y que la sociedad se integre a nosotros. Es una par, una ida y vuelta, es un conjunto de cosas.”

“Somos parte de una sociedad y no nos pueden marginar y hacer a un lado. Somos parte de esta sociedad con nuestros problemas como todo ser humano porque todos tenemos problemas de diferentes características. Pero poderlo sobrellevar y que la sociedad entienda cuáles son las patologías porque también a ellos les puede pasar con un familiar, con un hijo, con un nieto entonces saber cómo tratar eso, como ayudarlo o como contenerlo es importante.”

“No tengo palabras para explicar la confianza que me da venir a CA, poder charlar con el otro ya sea con un profesional con un compañero poder explicar lo que a una le pasa desde esa confianza, esa libertad de decir ah... con él me siento bien puedo charlar mis problemas de esto, él me cuenta sus problemas. Esa confianza de poder charlar lo que nos pasa y poderlo mejorar en conjunto.”

E. Usuario del Centro Cultural Camino Abierto

“CA porque quiere decir que está abierto a todos. Y para nosotros también porque entramos salimos nos acompañamos afuera, adentro , jugamos al fútbol, tenemos música teatro y una forma de conectarse porque yo creo que si acá hacen programa, un seguimiento de los chicos, de nosotros los grandes porque somos

todo un grupo así que hay gente joven y gente grande. Si hay un seguimiento yo creo que se van a dar cuenta la evolución de muchas personas que algunas están estudiando que otras se volvieron a la casa, se reencontraron con su familia”

“Mira yo creo que los lugares que son cerrados para un loco no ayudan, al contrario. Por eso esta resolución que están tomando de sacar todos los lugares así de encierro es lo mejor que nos puede pasar. Porque todo ser humano hasta todo animalito todo lo que anda sobre la tierra necesita tener su espacio, la libertad. Y más allá de sus problemas la libertad es sentir que uno puede caminar, mirar el sol o mirar una planta o simplemente sentarse o en la vereda, eso tiene mucho que ver en este tipo de cosas”.

“Lo primero necesita una persona con padecimiento mental es que la miren a los ojos porque el loco cuando tiene una...los ojos siempre tienen... porque bueno a mi me pasó he visto, se te dilatan las pupilas, la miradas es una mirada muy rara viste porque el que sabe observar... ahora si vos no observas y miras sin mirar es como ir a la orilla del lago y sí, sí estuve mirando el lago y la montaña, pero miraste así, miraste sin mirar. Con las personas pasa lo mismo si vos la miras sin mirar...SIN MIRAR, vos me entendés, este...pasa eso que no te das cuenta que la persona está sufriendo algo. A veces vos la miras a los ojos y los ojos te van a decir todo de esa persona”.

P. Usuario del Centro Cultural Camino Abierto

“Para mi CA es una luz grande que despejó nuestras mentes que va cambiando y nos va mejorando. Yo creo que nos vemos cada día mejor. Me ayudó un montón con la contención que tenemos acá y también podemos ver otra gente que viene eso es lo más grande porque confía en nosotros y nosotros nos sentimos bien también”.

L. Usuaría del Centro Cultural Camino Abierto

“En Camino me siento acompañada porque si yo estaría todo el día en mi casa estaría todo el día sola. Y que iba a ser todo el día sola, me iba a enloquecer!!! Entonces es un lugar para estar

bien tranquila, cómoda, me siento cómoda me siento como si fuera mi segunda casa. Me gusta mucho venir a CA”.

C. Vecina de CA

“A Camino puede venir cualquier persona, el que tenga tristeza, el que no tenga donde trabajar acá se le puede abrir una puerta al trabajo acá no se le niega nada a nadie, están abiertas para el que quieran venir”. “Yo no soy corta para hablar, hable con mis vecino y les dije que no eran como ellos habían pensado yo estoy ahí y participo de todas las actividades. Es un taller, es una paz. Los vecinos cambiaron un montón.”

B. Vecina de CA

“No pasó nada la gente después empezó a convencerse de que esto era un lugar cultural y que los pacientes de salud mental que transitan por el barrio no le hacían mal a nadie y al contrario los saludan. Ahora yo veo que los saludan”. “Es un centro abierto a la comunidad yo de también he participado de algunos eventos que se han hecho acá. Veo la murga que es lo que más los identifica la gente del barrio ahora es con la murga”. “Yo estoy contenta con que ustedes estén acá. En verano alegran el barrio y las pintadas que hicieron y todo eso también embellece el barrio. Para mí fue bárbaro que han puesto esto”.

M. Docente coordinadora de pasantes

“CA es un espacio institucional que si bien aborda y trabaja con personas relacionadas con las salud mental a mi me quedó desde el principio y lo vibre y lo sentí todo el tiempo, un espacio cultural, un espacio donde se construye con otro, se socializa que sin ser educativo es un espacio pedagógico, hay todo el tiempo situaciones de enseñanza y aprendizaje, es un espacio de oportunidades para muchas de esas personas. Para mí también fue una experiencia totalmente nueva, formativa, el ingresar”.

“Algo que me llamó la atención, tal vez porque me llama la atención socialmente en este tiempo, es el respeto. El respeto entre

ellos, personas mayores, jóvenes, las relaciones etáreas entre un joven y una ser más grande y dándole lugar a ese otro joven, La intervención de los operadores y los talleristas”.

“Estaba pensando lo crítico en el sentido de albergar una práctica que defienda los ddhh, los derechos de esos sujetos. Donde se revisan prácticas, donde se hacen preguntas, no hay cuestiones cerradas, categóricas, absolutas. Ahh...Bueno un paciente con tal discapacidad, tal diagnóstico y se cierra, sino que todo el tiempo la posibilidad de albergar la incertidumbre y la duda frente a un diagnóstico y a lo que puede pasar con ese sujeto, a lo que pueda suceder y a lo que se pueda hacer en términos de posibilidad de construir con ese otro. A veces un diagnóstico determina en algún paradigma una forma de actuar, de pensar ese sujeto, por donde va a transitar. Me parece que en CA hay una suerte de creatividad todo el tiempo de ir construyendo a medida que van surgiendo distintas cuestiones. Tiene que ver con los sujetos que forman parte de ese espacio, los que eligen concurrir a ese espacio pero también con una pauta institucional, desde la coordinación en ese sentido”.

G Tallerista de CA

“Para mí lo terapéutico no tiene necesariamente que ver con un espacio clínico si bien este espacio ofrece ya sea un grupo terapéutico grupal los lunes por la mañana o algunos espacios terapéuticos individuales no es el objetivo de este lugar sino que lo terapéutico reside en las actividades que se hacen. Básicamente en lo artístico y en esa promoción de lo comunitario de lo psicosocial. Para mí que un usuario pueda, ya es terapéutico que piense en venir. Algo se tuvo que arreglar para venir aunque sea buscar un abrigo para no tener frío en el camino . Subiese a un colectivo venir hasta acá eso lo pone en contacto con los medios de transporte, tiene que mirar que colectivo toma, que colectivo no toma tiene que comunicarse con su entorno tiene que pedir el boleto hasta acá eso significa que tiene un pase en general con lo cual el usuario que no lo tiene se lo ayuda a generar eso”.

“En CA se genera autonomía pero también hay algo de ese

bienestar psicosocial. Si vos estás todo el día metido en tu casa por más que tomes la pastilla que te dio el psiquiatra, estés estabilizado y no tengas una crisis psicótica y rompas todo, eh... tampoco eso es salud ni es vida. Para mí que una persona venga, que le implicó salir a la calle, le implicó prestar atención para cruzar la calle y que no lo mate un auto, subirse a un colectivo, algo te comunicaste con ese entorno. Después viniste acá estás con otras personas formas parte de un grupo, haces una actividad, haces algo que te gratifica, creaste, pusiste en funcionamiento tu cabeza tus emociones, te gustó o no te gustó, te paliaste, te pasa algo. Te pasa la vida, si estás metido en tu casa sin hacer nada no te pasa nada por más que no tengas una crisis y tomes la medicación en tiempo y forma”.

“Acá me encontré con otras personas que tenían un sufrimiento un padecimiento o como lo quieran llamar pero que había una persona íntegra viva, con otro color. Me divierto un montón con ellos y eso por ahí es parte de mi propia locura que a veces la mirada del otro me resulta tan fuerte y tengo que estar haciendo las cosas bien, yo acá me doy permiso de eso, de jugar como con los niños, nada, festejamos los cumpleaños, bailamos, cantamos, hacemos karaoke. Entonces a mi desde lo personal me es un lugar muy amoroso”.

“Camino es intentar un espacio de inclusión. Para mi está bueno no ser profesional de la salud mental pero me parece que está bueno que vengan diferentes personas con diferentes necesidades. Por ejemplo acá han venido gente que recién se había recién separado y estaba deprimida y también la gente que tiene otra problemática promueve también acá dentro otras cosas porque tiene otra formación, tienen otra vida entonces a veces motorizan más un taller porque tienen otra energía, otra formación. Me parece que esta mirada de que la salud mental es un concepto más amplio. Me parece que acá lo que apuntamos es a efectivizar ciertos derechos que tienen y a promover sus capacidades y sus posibilidades, y a que tengan un espacio de pertenencia que se sientan a gusto. Creo que eso es la salud mental. Sentirse querido, tener un espacio, tener actividades y algo que te haga sentir que sos

capaz de hacer algo más allá de si es vendible o no vendible. Cualquier espacio es terapéutico en la medida que puede darnos eso, alojarnos de alguna manera y que ahí tratamos directa o indirectamente como objetivo específico o como objetivo secundario tratamos la salud mental”.

N- PSICÓLOGO

“Los hospitales generales no están preparados para dar toda la contención que puede dar un centro cultural como este. También por las vetas de los talleres las cosas que ellos mismos pueden ir incursionando a través del arte que en un hospital eso no se puede realizar, en un centro de salud tampoco”. “Los usuarios que vienen aquí que se han hecho amigos que hacen actividades por fuera de las actividades del centro cultural con lo cual se van gestando relaciones más allá de acudir a este lugar”.

“Mira yo sigo viniendo acá más allá que no trabaje así que mi paso ha sido bueno, me ha dejado cosas buenas este lugar. De poder encarar trabajar desde otro lugar, porque es difícil generar un dispositivo de salud mental. Va más allá de las ganas de uno sino también por los recursos porque a veces los gobiernos no ponen todo lo que hay que poner dentro para que se ejecute, se lleve a cabo bien la ley de salud mental y cuesta mucho, salir a hablar con los vecinos, el trabajo con la familia. Porque esto no se aboca solamente a estar acá, cuando un usuario no viene o cuando pasa algo y es muy bueno ir a un domicilio, eso también cuenta lo que es la salud mental comunitaria, no esperara a que el usuario venga sino también cuando surja algo, algún problema poder acudir a la casa y estar en relación directa con la familia”.

P . Operador de salud mental de CA

"CA para mí para empezar es un lugar de oportunidades. Un lugar de oportunidades para todos los que venimos, no sólo para los usuarios sino también para nosotros. Para nos desde el lugar de poder desempeñarnos dentro de nuestro rol y aportar lo que sabemos, de lo aprendido de nuestras matrices, de todo lo nuestro.

Porque también yo lo considero como un lugar de aprendizaje para mí, y de oportunidades para los usuarios".

"Cuando fui por primera vez a CA. Dije...Qué pasó!! Cómo nadie lo para a este que está manejando un serrucho (en el taller del carpintería) entonces digo seguramente se puede, seguramente si hay un lugar donde se concentra a la gente y se concentra la gente que quiere trabajar con ese tipo de población trabajando se puede hacer mucho y la gente puede cambiar totalmente. Yo lo veo permanentemente desde que estoy acá".

P Coordinadora CA

"Está depositado en nosotros un lugar de cuidado diferente. Por ejemplo si alguno de los usuarios se tienen que operar, pasa mucho que pregunten, vos me podés ir a buscar par a llevarme a mi casa. Eso es porque estamos todos los días y es un lugar de confianza que si uno pone una mayor distancia no se les ocurre. Yo lo leo desde el lugar de afecto, desde el apoyo". "Siempre lo talleres son tendientes a rescatar identidad a rescatar el trabajo y el que me da un lugar de no usuario de salud mental sino de persona."

F Director del Hospital cuando abrió CA

" Trabajar en la desmanicomialización nos quitó los miedos y nos permitió trabajar de mejor manera y después cuando uno vuelve a su ciudad y volvés al manicomio...., me tocaba ir a Mendoza cada tanto de visita y con amigos que trabajaban en el Sauce neuropsiquiátrico. Yo decía *-Qué avance hemos tenido a pesar de las dificultades en la provincia y de lo trabajoso que es culturalmente.* Pero veía a la gente encerrada y yo decía, claro a nosotros no se nos ocurre hacer eso, a pesar de las dificultades no se nos ocurre".

"Siempre me pareció que en mucho más fácil reintegrar a la comunidad a una gente que lo que nos costó a nosotros integrarlo a una estructura del propio sistema de salud. La gente se banca mucho más al loco que el mismo sistema. Quizás por estructura de formación, quizás porque la gente conoce un poco más de la vida

común que nosotros. Muchas veces hemos tenido gente que rehabilita mejor de vecino y de quiosquero y de la señora de la esquina que lo ve pasar y sabe cuándo anda mal y cuando anda bien".

"CA nos costó mucho en su momento, me parece que fue una ... cuerpo, sangre y libido puesto en algo que me parece que es muy valioso y que sigue siendo valioso y que sostener y avanzar no solo por el servicio de salud mental y los usuarios del hospital que tienen hoy una oportunidad más importante para no quedar como hospitalizados que también es una patología bastante frecuente en salud mental sino para la misma comunidad en general que logre saber que la sociedad es diversa que tenemos diferentes en todos lados y que los diferentes pueden tener una enfermedad en algún momento de la vida y otras veces no y que tenemos que aprender a aceptar sino... a mí no me gusta la palabra tolerar y bancar, sino que tenemos que aceptar que la vida es así y es diferentes y todos somos diferentes".

"CA representa un modelo que te dice - "mira realmente no sos tan importante vos médico" y realmente estoy viendo que este pibe salió porque le diste bola le diste un mate, lo acompañaste, lo escuchaste cuando tocaba el tambor o no sé cuánto. O fuiste a ver la alfombrita que tejía y viste que era buena!!! Me parece que eso es un modelo que quizás te saca del modelo hegemónico., por un lado, esto te estoy hablando porque ocurrió en salud mental y ocurre en muchas otras estructuras y eso se ve hasta el mínimo detalle. Hoy vos médico le decís tome esto, o tome esto. y te preguntan Qué hago si no me mejoro? Véngame a ver! No, haber, bajáale la fiebre, si te pasa esto podés hacer esto....darles las herramientas. A mi me parece que lo que nos pasa a todas las cuestiones hegemónicas no nos gusta compartir el poder y el conocimiento y las prácticas, a veces lo hacemos conscientemente y a veces inconsciente. Hay profesionales que pueden tener mucha capacitación y mucha formación pero quizás para otro modelo que sea menos vinculante que tenga menos orientación hacia el vínculo y que el vínculo humano como estructura de salida y estructura de

felicidad y más como una situación de beneficio personal y sosteniendo un modelo de poder”.

“ En CA no se permite uniforme, es una regla, vos entras y tenías que sacar el guardapolvo si es que venías con guardapolvo, entonces a mi me pasaba que yo como director iba a CA y realmente no me daba cuenta quien era el operador , quien era el usuario, quien era el vecino o quien era el plomero que estaba arreglando un caño y a veces para no meter la pata ni pregunta porque no sabía si era un paciente que estaba internado y estaba arreglando o era un señor de la esquina que había venido entonces me parece que eso tiene que ver también con eso de me saco el guardapolvo me bajo un poco del caballo, también eso permite esto de mayor posibilidad de empatía y mayor posibilidad de contarle yo a otro que te pasa., y cómo solucionarlo”.

D Coordinadora del Área Salud Mental de la provincia de Río Negro cuando se abrió CA

“La primera desmanicomialización es la cabeza de uno. Como técnico y como profesional es la primera responsabilidad que uno tiene en este proceso, una responsabilidad ética. Y cuando uno hace un contrato ético con el otro no lo hace únicamente con una institución, lo hace con todos los prestadores a quien vos estás dando un servicio, es así. Uno es el que otorga y la demanda se genera según lo que ofrece el servicio. En esta ecuación es donde uno tiene que tener la cabeza permanente abierta a la necesidad del otro y no a la necesidad de la institución. Parece una verdad tan sencilla pero es una construcción cotidiana contra nuestros propios métodos y hay que de construir las cosas que te enseñaron en la academia para utilizarlas realmente con el objetivo que se debe lograr. Porque en función de lo que dice la ciencia se puede cometer atrocidades, entonces siempre con un respeto por el otro en su contexto y en su historia”.

“Yo creo que hubo elementos paradigmáticos en la desmanicomialización, la incorporación del operador que nos trajo el sentido común esto es básico. Aquella persona que conocía el

territorio, provenía del territorio con representación adentro, el trabajo con la familia, el reconocimiento. Esto nos permitía en una estrategia, tomar todos los ámbitos. El mismo equipo que tomaba el caso el responsable es todo el servicio no una persona”.

“Las transformaciones que he visto, lo que puede hacer un centro cultural como Camino Abierto en cuanto a la socialización, en cuanto al tratamiento del sufrimiento mental!, la efectividad que tiene es superior a cualquier psicoterapia que yo haga, aun haciendo la interdisciplinaria. Me preguntaran porqué, cuál es la diferencia? porque el nivel de socialización y el nivel de representación del centro camino abierto, es de un ciudadano más. Ahí no tiene que disputar nada con nadie, puede ser él y puede construir y es su referencia de identidad, de tomar lazos que los fue perdiendo por la misma crisis o descubrir nuevas potencialidades que nunca había pensado antes que las tenía. Y eso jamás se hace detrás de un consultorio o en una práctica hospitalaria. Eso únicamente lo puedes ver cuando haces con el otro, no por el otro, con el otro. El otro empieza a descubrir que es mucho más capaz. Es todo un proceso, no se acaba nunca. Cuando vos ves los cambios o cuando el otro te devuelve en la práctica de cómo ayuda su compañero para que pueda salir del mismo lugar de sufrimiento que él estuvo, eso es un trabajo psicoterapéutico que a nosotros nos puede llevar dos horas una vez por semana, técnicas grupales, pero no vas a poder organizar ni una comida”.

“Que sea abierto a la comunidad cambió la representación. El ser abierto, el trabajar con la cultura, el trabajar en la socialización, en la producción de contenidos internos y de cosas materiales que podías hacer. La comunidad se encariña como se encariñan ellos con vos, circula el afecto. Yo tengo afecto cuando yo reconozco al otro. Para que surja el afecto primero lo tengo que conocer, en sus capacidades, en sus virtudes y tenés confianza que el otro te va a aportar más cosas”.

A Ministra de Salud de Río Negro cuando se abrió CA

“Todos sabíamos que teníamos que hacer algo, no es que

no lo teníamos claro el qué, el tema era dónde, cómo y con quién”.

“Yo no dudo que todos los profesionales tiene buena formación, pero no todos están preparados desde lo personal para lo mismo, ni para atender de la misma manera porque cada uno le pone su impronta. Es importante la actitud, el compromiso y el empeño para llevar adelante una estructura como CA”. “Mucha gente decía hay que cambiar la ley y yo decía hay que aplicarla. El lugar no es solamente una ventana, una puerta, unos ladrillos (que los necesitamos), el lugar es otro modelo de atención”.

A modo de conclusión

¿Cuáles fueron los factores preponderantes en este viraje por parte de los vecinos que permitió revertir la mirada estigmatizante hacia los usuarios de salud mental?

Nosotros creemos que sin duda fueron el **afecto** y la **confianza** en los vínculos que pudimos tejer entre todos, no sólo al interior del Centro Camino Abierto, sino con la comunidad. Nos referimos a todas los intercambios emocionales que hemos tenido y a la participación activa en la ciudad de Bariloche de los usuarios, talleristas, familiares y trabajadores de Camino Abierto. Podemos decir que en estos años gracias a la intensa y constante participación comunitaria¹ en las tres áreas, la cultural, la deportiva y la laboral, esos sentimientos de cooperación, confianza y solidaridad fueron in crescendo frente a los sentimientos de miedo, amenaza y peligrosidad que existieron al comienzo.

¹ Proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario” (Declaración de Alma Ata. APIS, 1978)

LA ESCRITURA COMO LAZO SOCIAL

Lic Federico Schenkel y Alicia Mabel Peña Pinilla

Este trabajo es resultante de variadas experiencias de intervención en el ámbito comunitario, realizadas en el marco de la praxis hospitalaria junto a un equipo inerdisciplinario de trabajo. En este caso, transmitiremos la escritura como estrategia de vínculo con el otro. Socializarlo es poner en agenda la importancia de una práctica comunitaria desde un nuevo paradigma de salud mental, superando y transformando formas de abordaje, y generar conciencia del valor de diseñar políticas públicas comprometidas con una realidad social imperante.

Nuevo escenario para la salud mental

El escenario actual de la salud mental implica transformaciones en las políticas públicas en la materia, en las legislaciones vigentes, en la formación de los profesionales, en los discursos y prácticas y en las formas de abordaje. Es un momento propicio para consolidar y construir objetivos que permitan trabajar el acceso a la salud como derecho desde marcos no tutelares. La perspectiva manicomial, la del “cuidado” y la tutela, intenta asegurar una vida, un tránsito institucional, donde el riesgo, entendido como alteración del orden de las cosas, se reduzca al mínimo, imposibilitando la emergencia de posiciones y cuerpos subjetivados. Esta perspectiva implica una práctica orientada por la lógica de lo universal que borra las diferencias y los recursos subjetivos, que no da lugar a la emergencia de un sujeto capaz de responder por aquello que le sucede

Desde la perspectiva de la desmanicomialización, las políticas sanitarias que deben garantizarse tienen que estar orientadas a la promoción de la salud, teniendo por objetivo escuchar a la comunidad y a los usuarios en la singularidad de sus padecimientos, sin suponerlos a priori.

Esta escucha nos orienta como profesionales de la salud tanto para determinar los dispositivos adecuados para cada caso, como para elaborar, junto a los afectados, un saber que les permita enunciar el padecimiento, apropiarse de él y construir una respuesta singular.

El recorrido mencionado permitirá que la comunidad y los individuos se reconozcan como sujetos responsables de sus demandas (presentes y futuras) y de las respuestas en conjunto con otros. Alternativas que se esgrimirán fuera de la lógica convencional de asistencia, alejadas del abordaje tradicional en salud a partir de ofrecer una solución a una enfermedad o padecimiento.

Un elemento de relevancia en ese proceso es reconocer al usuario no sólo como un sujeto portador de necesidades y conflictos, sino también visto como portador de recursos y de potencialidades de acción para actuar en la resolución de las mismas; acentuando sobre las partes sanas que posee, al mismo momento que se actúa en la tramitación de los padecimientos y de aquellos aspectos “no tan sanos”.

Sabemos que existe un malestar originario, inherente a todo individuo, donde el ideal de suponer sujetos sanos o enfermos se diluye (1). Para este malestar no hay ningún remedio, ninguna calidad de vida, más bien una calidad de malestar, una manera de hacer con este malestar. Por eso entendemos que promover la salud, será orientarnos a propiciar recursos simbólicos para sortear este sufrimiento. Aunque todos los individuos lidiamos con este malestar, en algunos casos, los recursos para afrontarlos se vuelven insuficientes y se manifiesta cuando el lazo social se ve interrumpido o impedido.

Si reconocemos por salud al conjunto de actitudes y capacidades que nos previenen tanto de malos hábitos físicos, como de desajustes de la personalidad y que adquieren todo su significado en relación con nuestra autoestima, autonomía y capacidad de toma de decisiones, es de capital importancia considerar la recreación, el esparcimiento, la expresión cultural y la

actividad lúdica como aliados a la hora de pensar los tratamientos posibles.

En la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26657, las prácticas eminentemente promocionales encuentran un marco de legitimación. Las competencias artísticas, artesanales, deportivas, lúdicas y comunicacionales son en general compatibles con la definición de salud mental como “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”(2).

La expresión cultural hace referencia a los productos del trabajo humano, tanto materiales como espirituales, entre ellas se pueden encontrar las prácticas artísticas, artesanales, comunicacionales y deportivas. Diferentes modos de expresión que son vivenciadas como producto propio, individual o colectivo; nuevas formas de comunicación, de expresión, de transformación subjetiva y social.

Es en este sentido, dentro del marco del tratamiento ofrecido desde la lógica comunitaria, que emerge la escritura como modo de hacer algo con ese sufrimiento que irrumpe impidiendo el contacto con el entramado social.

A partir de una producción cultural compartida con el otro social que propicia una oportunidad de trabajar sobre las representaciones sociales, los estigmas, los estereotipos y los prejuicios que existen sobre la locura y su tratamiento. Pensamos a la escritura como posibilidad de generar condiciones para restablecer el lazo social, como nexo creativo y creador, entre el que padece y la comunidad a la que pertenece.

La escritura como medio de conocimiento e intercambio, no sólo es una plataforma para la ejercitación y desarrollo tanto de la identidad personal como la comunitaria, sino que además es, en sí mismo, un medio de comunicación. Permitiendo construir vínculos de solidaridad, desempeñando un papel importante en la

transformación de lo social y en la re-construcción del lazo social muchas veces perdido.

Hemos experimentado que la escritura promueve una apertura, en el sentido que determina las condiciones de inclusión/exclusión, a través de una producción, en la que se juega la expresión de una verdad subjetiva dirigida a la comunidad. A través de esta producción cultural se promueve una instancia de transición. Por ejemplo, respecto a los padecimientos mentales, como problemática bio-psico-social, ocupa un lugar en el sistema de creencias sociales, asociado a un modelo unidimensional y fijo: "siempre seguiré siendo un loco". La escritura como herramienta de promoción de salud brinda los recursos expresivos para superar ese modelo de sentido único y predeterminado.

La cultura no es patrimonio de algunos, sino que todos somos sujetos de cultura con estilos de supervivencia individual y comunitaria diversos. La misma supone la producción de fenómenos que mediante la representación de las estructuras materiales contribuyen a reproducir o transformar el sistema social, instituyendo las condiciones de posibilidad para el surgimiento de subjetividades, funcionales al sistema o contra-hegemónicas a los mismos. La cultura es una compleja trama que anuda lo material, lo social, lo simbólico y lo imaginario. Una intervención en salud no puede estar ajena a la posibilidad de acompañar este movimiento contra-hegemónico de los grupos excluidos ni tampoco pensarse escindida de la dimensión cultural en la que cobra su verdadero sentido. La cultura tiene un rol central en la formación de valores y su desarrollo más productivo, es el que valoriza la riqueza de las diferencias, propicia la comunicación y el intercambio (interno y con el mundo), contribuyendo a la formación de procesos de re-subjetivación.

Por lo tanto, la escritura como una de las maneras de manifestar libremente ideales y pensamientos, ofrece en el marco de un tratamiento, un espacio alternativo y fuera de las lógicas convencionales donde aparezcan otros modos de vincularse con los demás. Permitiendo la re-conceptualización o revalorización del

espacio público como lugar propicio para generar conocimiento y socialización.

Considerar que la inclusión tiene que ver, no sólo con la modificación de situaciones objetivas de exclusión sino también con la generación de oportunidades para la expresión del propio sujeto que le permitan desarrollarse en toda su plenitud y participar, activamente, en su propia comunidad. A partir de un proceso que nace de una necesidad personal de hacer algo con su propio sufrimiento, se genera la instancia de un otro social que “escucha” ese relato personal (y plural) y resignifica sus propias concepciones acerca de la locura. Este nexo se retroalimenta generando encuentros necesarios para que los actores hallen nuevos lugares para posicionarse.

La transmisión de aquello que es lo más propio e íntimo a un otro social que lo recibe como extraño, diferente y ajeno. Es en ese intercambio donde se genera la posibilidad de encuentro de dimensiones que a priori parecen equidistantes. La escritura generando la circularidad entre quien sana al escribir y compartir su creación, y quien se modifica al encontrarse con ese producto.

Estas nociones teóricas son parte de construcciones generadas en el marco de un tratamiento que se encuadra en el paradigma de salud mental comunitaria. Que se vió enriquecido por el aporte incansable de quien supo sortear los caprichos de la vida y encontró en la escritura, primero, un anclaje para sostenerse en este mundo y luego la posibilidad de re-encontrarse con su comunidad.

A continuación se muestra algunas de esas construcciones o creaciones poéticas que Alicia supo elaborar a lo largo del proceso de tratamiento e inclusión en este paradigma. Estrofas que contienen significaciones propias de su interioridad que necesita ser exteriorizada y reconocida. Por tanto la posibilidad de brindar estos espacios de expresiones subjetivas es para el equipo altamente valoradas y positivas.

REFLEXIONANDO Alicia Mabel Peña Pinilla

Descubro que tuve
aciertos en la vida,
muchas veces me equivoque.
Pero busque la manera
de vivir sin pena.
Acariciando sueños,
fui saliendo de mis confusiones.
Buscando realizarme
me fui superando y sanando.
La claridad mental
estoy encontrando,
y estoy buscando
el equilibrio,
para vivir en sociedad.
Quiero expresarme
y hacerme cargo
de lo que hago,
pienso y digo.
Quiero perder el miedo,
y vivir confiada.
Realizar mis sueños.
Demostrar que se puede
Sanar la mente
y volver a empezar.

PARA TI Alicia Mabel Peña Pinilla

Tuve crisis, perdí la razón
Con la ayuda de los ángeles
Que dios me envió, alcance la cordura
Y aquí estoy para contártelo
¿Qué pensarán algunos que se enteraron de mi aflicción?
Yo quiero contarles, que la mente es como un laberinto
Y que Dios te saca del abismo más profundo.
Los remedios son necesarios,

El amor de los profesionales también,
La familia es imprescindible,
y una gran parte que uno tiene que poner también.
A veces pienso como me ven los demás,
Yo quiero contarles que entiendo bien la realidad.
Perdóname sí en el afán de la vida te hice mal.
Yo quiero contarte que se sufre mucho con este mal.
No tengas miedo a mis reacciones,
No me gusta incomodar.
Dame la oportunidad de que te muestre
Que uno se sana con los demás.

TAREAS COMPARTIDAS Alicia Mabel Peña Pinilla

A esta casita
Vinimos a aprender
Que sumando esfuerzos
Se puede crecer

Nuestros buenos pensamientos
En acciones poner
Para que ayudando al otro
Encontremos nuestro bien

Nuestra salud hay que cuidar
Con buenos consejos, hábitos
Y nuestros remedios hay que tomar
Para lograr estar mejor en comunidad

La vida es hermosa
Cuando despegamos nuestras alas
Y podemos nuestros sueños realizar
Buscando nuestro bien y el de los demás

Qué linda es esta casita!
Donde nos enseñan a pensar

Que compartiendo ideas y actividades
Podemos mejorar.

MI TESORO, TU TESORO Alicia Mabel Peña Pinilla

Tengo un tesoro escondido
Lo cuido con mi razón
El me ampara y me guía
Para no caer en la tentación

Todos los días cultivo,
lo riego como se cuida una flor
el es tan frágil
que necesita mucha atención

Día a día crece, se transmite
Y crece más
Este tesoro es mi vida
Y mucho más

¿A qué me refiero
Con estos dichos?
Si te das cuenta exprésalo,
Porque ese tesoro
En ti también esta

Hay conocimiento divino
Tesoro escondido
Que en cada uno estas.

Referencias Bibliográficas

- (1) Freud, Sigmund. El malestar en la cultura y otros ensayos. Alianza Editorial. 2006. Bs. As Argentina.
- (2) Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley Nacional de Salud Mental 26.657, art.3, del 25 de noviembre de 2010.

INVESTIGAR LA DESMANICOMIALIZACIÓN

Mariana Paulin Devallis - Claudia Gabriela Baffo

Desmanicomializar es una tarea ética, técnica y política.

En este artículo abordaremos una arista de la desmanicomialización que es diferente de las líneas trabajadas en otros escritos que componen La Brancaleone. Se trata de la función que cumple la investigación científica en los procesos sociales de transformación de la atención en Salud Mental (SM), y de las dificultades que se presentan para el desarrollo de prácticas investigativas en este contexto.

Partimos de considerar que el campo de la SM articula aspectos éticos, técnicos y políticos; y que, aunque algunas prácticas en SM pueden justificarse y validarse desde el plano ético-político, se requiere de la ciencia para legitimar las formas que además de justas sean eficaces en el plano técnico. Sin embargo, en este campo, la validación científica se encuentra con múltiples obstáculos, de los cuales mencionaremos mínimamente dos.

Primeramente, en los modelos de atención comunitaria, validar la eficacia de las prácticas representa un desafío teórico y metodológico, dado que dichas prácticas exceden los esquemas tradicionales de salud-enfermedad. Por lo mismo, se requiere la construcción de categorías de validación novedosas, que no son habituales para otras problemáticas de salud u otras especialidades sanitarias. Este tipo de obstáculos se refieren a la dificultad propia de conocer el objeto, por su complejidad intrínseca.

En segundo lugar, nos encontramos con dificultades que describimos como barreras en la cultura profesional que acompaña el proceso de desmanicomialización. Esta “cultura” ha implicado un alejamiento de los profesionales comprometidos con este proceso, respecto de los ámbitos académicos de producción científica. Dedicaremos algunos párrafos más a describir esta afirmación.

Recordemos que en el sistema social vigente existe una división del trabajo que jerarquiza el trabajo intelectual por sobre el trabajo manual. Esta frontera tiene múltiples explicaciones e implicancias, especialmente estrategias de colonización intelectual por las cuales existen centros mundiales que nos dicen que pensar.

Al interior de los colectivos trabajadores de SM (que forman parte de los trabajadores intelectuales) existe también una división social del trabajo. A riesgo de simplificar excesivamente, diremos que identificamos dos grupos: los que se dedican a la práctica asistencial desde los servicios de atención; y quienes se dedican a la teoría (desde la investigación, enseñanza y/o producción teórica) que también podríamos llamar los “académicos”. Sabemos que se trata de una dicotomía exagerada e incluso irreal: pues toda práctica se ejerce desde una teoría, y toda teoría se construye desde un conjunto de prácticas. Pero permítannos simplificar para mostrar uno de los obstáculos que afecta no sólo a la investigación, sino a la consolidación del propio proceso desmanicomializador en el nivel provincial.

Entonces, afirmamos que esa dicotomía entre trabajadores abocados a la práctica-asistencial y trabajadores abocados a la “práctica-teórica”, excede lo meramente operativo, e involucra la subestimación y/o recelos con que cada grupo percibe y trata al otro – alterno, y viceversa.

Así, “los académicos” generalmente consideran a quienes intervienen en los procesos de reforma como “pragmáticos, voluntaristas, militantes”. Por su parte, los profesionales “asistenciales” consideran a los investigadores como “academicistas, que nunca se mancharon las manos, que jamás vieron a un usuario en su vida, que no saben lo que es la realidad”. En el mismo sentido, una expresión trillada que muestra como los profesionales se ven a sí mismos y a los demás reza: “nosotros que estamos en la trinchera...”. Lo que subyace a esta afirmación es que los profesionales asistenciales consideran que ellos están en la primera línea de la confrontación con las dificultades, mientras los

académicos están en su sala de situación pensando, juzgando y/o evaluando.

En escritos previos, hemos afirmado que en los profesionales desmanicomializadores se observa la vigencia del “imperativo a la práctica” basagliana, que implicó cierto menosprecio de las teorías tradicionales sobre la enfermedad mental. Criticar y en cierto sentido abandonar esas teorías era necesario para inventar y llevar adelante nuevas prácticas asistenciales, superadoras de las restricciones que implicaban esas teorías (Baffo, 2012). Luego, esta valoración de la práctica por sobre la teoría, mantuvo a muchos desmanicomializadores algo alejados de los ámbitos de producción teórica y académica, refugiados en la riqueza del método reflexión-acción, pero limitados por la oralidad predominante en ese quehacer.

Esta larga introducción es para exponer que si bien en cada colectivo de profesionales existe una división operativa del trabajo; en el caso de la desmanicomialización rionegrina esta división de tareas (entre la práctica asistencial y la práctica teórica) también conlleva un alejamiento y desarticulación; “desajuste” que tiene implicancias negativas para el desarrollo y fortalecimiento del proceso transformador.

Si bien partimos de nuestra propia experiencia y de la singularidad de la cuestión en nuestro territorio, el aporte de diversos autores del ámbito internacional nos permite vislumbrar que se trataría de una problemática compleja (pues tiene múltiples aspectos y relaciones no lineales entre sus componentes) que además excede el ámbito provincial.

Así, uno de los aspectos de esa “desarticulación” está referido al proceso de formación, pues se observa la falta de correlación entre capacitación teórica y las habilidades necesarias para la práctica asistencial desmanicomializadora. En este sentido, Desviat (1999) plantea que ha sido un error de las estrategias de reforma en SM mantenerse alejadas de los espacios académicos, generando que la universidad no se involucre en el proceso de transformación, y que por tanto continúe brindando una formación

de grado conservadora. De manera similar, de Lellis y Sosa (2011) señalan que en los servicios asistenciales falta capacitación para desempeñarse en el modelo de atención propuesto, ya que los contenidos curriculares en la formación se caracterizan por estar centrados en el paradigma que se intenta sustituir. Por su parte, la OMS (2008) afirma que existe una brecha entre los recursos técnicos disponibles a nivel teórico, y las herramientas de las que realmente disponen los trabajadores en los servicios de SM.

Un segundo aspecto a considerar del “desajuste” planteado, se refiere a la producción teórica propiamente dicha. Aquí es donde observamos un alejamiento de trabajadores de la desmanicomialización provincial respecto de esta tarea que incluso estaría “desvalorizada”, al menos en relación a la riqueza que se le adjudica a la práctica desde los servicios.

Collins (2008) en una investigación sobre la Desmanicomialización rionegrina menciona como vulnerabilidad precisamente la falta de un programa de investigación que acompañe y consolide las fortalezas de los diversos equipos y pueda encontrar respuestas a las dificultades. Agrega como otra vulnerabilidad la falta de difusión a nivel regional de dichas prácticas. Coincidimos en que resulta prioritario construir un conocimiento de la desmanicomialización que sistematice información y prácticas, que conceptualice sobre ellas, y que estimule la difusión no solo a través de la tradición oral sino por medio de la escritura.

Creemos que la desarticulación entre la práctica asistencial y la academia ha sido quizás inevitable en sus primeros momentos. Quienes estuvieron en la ardua tarea de iniciar el proceso de desmanicomialización, difícilmente tuvieron tiempo para plantearse investigar o teorizar, porque debieron afrontar múltiples conflictos: con la sociedad, con las corporaciones, con los sistemas de salud, incluso con los usuarios y sus familias. Recordemos además, como contraparte, que muchos profesionales de la academia criticaron fuertemente la iniciativa desmanicomializadora, rechazando su aporte. (Cohen, H et al, 2013; Schiappa Pietra, 2013) Pero,

consideramos que luego de 30 años, vale la pena focalizar esfuerzos para “zurcir” ese hiato.

Por eso, a pesar de las convicciones arraigadas en muchxs compañerxs de SM, afirmamos que es indispensable investigar científicamente la desmanicomialización.

Lo aseguramos desde la convicción de que la práctica desmanicomializadora, además de sus fundamentos ético-políticos, cuenta con fundamentos de tipo técnico: es decir, es eficaz para asistir al sufrimiento. Su contraparte - la práctica manicomial - no sólo es irrespetuosa de los DDHH, sino que por ello mismo destruye la subjetividad y la dignidad de las personas con sufrimiento mental. En consecuencia, toda práctica manicomial es ineficaz por sus efectos de cronicidad del padecimiento.

Dado que la ciencia es la forma de conocimiento hegemónico en la actualidad, sólo investigando podremos construir un conocimiento propio, que hable sobre esas formas de tratamiento y su impacto en la vida de las personas, familias y comunidades. Por lo mismo, consideramos que las nuevas generaciones de profesionales deberían concebir la investigación como un componente valioso del quehacer desmanicomializador. Así, aunque no necesariamente todos deban investigar, se podría promover y favorecer la práctica investigativa desde dentro y fuera de los servicios comunitarios de atención.

La “chispa” que enciende el proceso de investigar la Desmanicomialización

¿Por qué “gastar tiempo” en investigación, si existen tantos problemas prácticos que afectan a los sufrientes mentales y a los servicios de SM? Porque investigar nos permite abrir espacios a nuevas formas de pensar, y tiene la potencialidad de transformar la realidad que nos interpela con sus problemas e injusticias

Como hemos dicho, para legitimar formas de trabajo, así como para transmitir una perspectiva teórico - práctica a las nuevas generaciones de trabajadores de SM, es imprescindible investigar.

La tarea de investigar involucra un proceso de toma de decisiones, donde se conjugan lineamientos teóricos, técnicas específicas, y la creatividad humana como componentes esenciales del trabajo. Dicho proceso no es ni mecánico ni artístico, sino artesanal (Minayo C, 2003); y sólo se inicia con la “chispa” que nos enciende cuando algo de nuestra realidad nos indigna, nos hace cuestionar lo dado, nos mueve a buscar respuestas y comunicarlas en sociedad.

Hemos afirmado también que para el proceso de desmanicomialización, investigar resulta una obligación profesional, porque solo así contaremos con herramientas legitimadas científicamente para contrarrestar las tendencias patologizadoras y excluyentes del pensamiento manicomial. En este sentido, creemos necesario el desarrollo de investigaciones donde se aborde como objeto de estudio el concepto de *sufrimiento mental*. Este tipo de investigaciones permiten dar un salto desde las buenas intenciones hacia la toma de posición técnica y teórica en la disputa patologización versus despatologización de la vida, que es central en nuestros días.

Patología, diagnóstico y sufrimiento mental.

**...+ en la vida social, la cultura y los procesos de subjetivación,
es donde debemos buscar construir
un conocimiento racional sobre el sufrimiento mental.
De ese conocimiento dependerá la racionalidad de las prácticas
terapéuticas,
y el respeto al paciente como un semejante
(Galende, 2015, p. 165)*

Para la SMC rionegrina, la marginación es determinante del padecimiento (Schiappa Pietra, 2003). Sin embargo, a la hora de emplear una categoría diagnóstica, estas variables muchas veces son invisibilizadas. Observamos frecuentemente que profesionales y equipos de salud con un posicionamiento desmanicomializador, siguen usando categorías diagnósticos y formas de abordaje que no se condicen con dicha perspectiva. Creemos que esta operación no

se debe a la falta de capacidad de los profesionales o a un falseamiento ideológico; según nuestro punto de vista tiene su origen en la carencia de alternativas conceptuales que nos permitan diagnosticar de otro modo, es decir, que promuevan un abordaje desde la centralidad del sufrimiento mental.

El problema descrito fundamenta la necesidad de “investigar” para profundizar nuestras prácticas desmanicomializadoras. Porque no se trata de una mera cuestión administrativa acerca de cuál código utilizar para completar la historia clínica o las estadísticas (en las cuales se nos obliga a utilizar criterios de clasificación diagnóstica internacional sistematizados en la CIE-10); sino que esas “formas diagnósticas” guardan relación directa con nuestras formas de pensamiento y de acción.

Ausburguer (2002), en un texto ya clásico sobre la centralidad del concepto de sufrimiento mental, señala que el mismo nos permite diferenciar la patología de los conflictos de la vida cotidiana, para no asimilar sufrimiento con patología. Según la autora, el concepto de “sufrimiento mental” al incorporar la dimensión subjetiva, destaca las transformaciones sociales que dejan su impronta en la subjetividad bajo la forma de malestar y sufrimiento.

De acuerdo con dicha autora la concepción dominante de la enfermedad mental nos remite a la búsqueda de una explicación de tipo individual e intra psíquica. Por lo mismo, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se focalizan en el individuo, ocultando los elementos familiares, sociales y relacionales que quedan excluidos en las formas hegemónicas de abordaje. Por eso, afirma, los problemas de salud y enfermedad requieren de un nuevo orden de explicación (Ausburguer, 2002). En el mismo sentido la Ley Nacional de SM y Adicciones define:

Art. 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción

social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010)

Para acercarnos al propósito de “investigar la desmanicomialización”, consideramos que los elementos centrales serían: cómo definir el sufrimiento con el que trabajamos (es decir: cómo entenderlo, describirlo, explicarlo); y cómo construir un conocimiento científico que nos permita respaldar las prácticas que efectivamente se realizan, que incluyen las dimensiones sociales, subjetivas, históricas, familiares, etc. Y también: cómo distinguir las prácticas que resultan científica y socialmente relevantes para el proceso de desmanicomialización, de aquellas que sólo lo aparentan.

Investigar, ¿es “una cuestión de actitud”?

García (2011) recomienda que asumamos la posición de “forasteros”, para poder mirar la realidad cotidiana con perplejidad e interrogación. Nadie realiza una investigación si no comienza por pensar, sentir o desear, que lo que hoy es de una manera, podría ser de otra. Esto es: develar el carácter histórico, no natural sino socialmente construido de nuestra realidad.

Un primer posicionamiento tiene que ver entonces con cuestionar, cuestionarnos, y asumirnos como personas y como profesionales en constante aprendizaje. Afirmamos que ninguna investigación y ninguna de nuestras propias disciplinas son neutrales. Las investigaciones son siempre un recorte del conocimiento que se hace desde una implicancia ideológica, política, y subjetiva. Esto es así no sólo en el campo de la SM, o de las ciencias sociales en general, sino que hace a la realidad de todos los campos del conocimiento científico.

Cuando pensamos en investigación, se nos aparece una primera imagen de asepsia y laboratorio como espacio aislado de la sociedad; sin embargo la realidad de la investigación dista mucho de esa imagen inmaculada, objetiva y neutral. Todas las decisiones acerca de qué investigar y cómo investigarlo están socialmente

condicionadas, y ligadas a intereses propios de quien investiga o de otros (instituciones académicas, financiadoras, sociales, etc.) Nunca investigamos en el vacío.

Desde el inicio, desde que nace un problema de investigación, aquello de la realidad que definimos como problema va a ser algo que nos conmueve, que nos indigna, que nos interesa social y subjetivamente. Es decir: no es un problema únicamente cognitivo que observamos desde un marco teórico, sino que además, es un problema que “vemos” y entendemos como tal desde un marco valorativo, desde una posición política.

En nuestro caso, lo que nos indigna – nos enciende – como investigadoras, ha sido advertir la vigencia de “lo manicomial”, que en todo el mundo, como afirma Desviat (1999) sigue siendo absolutamente hegemónico a pesar de los esfuerzos por transformarlo. Si no existe esa primera *chispa* que nos haga preguntarnos, cuestionar, y a través del método científico querer buscar respuestas, serán en vano procedimientos y manuales metodológicos, pues faltará el motor que nos impulsa a conocer.

Según García (2011) para que un problema práctico llegue a constituirse en un problema de investigación, necesitamos, además, contar con cierto espacio de silencio que nos permita “escuchar lo que pasa en la realidad”. Es decir, un espacio para la reflexión crítica. En nuestro quehacer cotidiano (desmanicomializador o no) tenemos siempre poco tiempo: múltiples demandas hacen a la vorágine con la que trabajamos en SM. En este contexto, la naturalización de algunas prácticas es incluso necesaria (funcional a la labor cotidiana) pero en definitiva actúa como un “ruido que ensordece” y puede dificultar el hacernos preguntas críticas. Por eso la investigación no puede surgir de manera espontánea, sino que requiere de un estímulo particular, de un espacio y tiempos propios.

Además, creemos que investigar es una tarea siempre compartida. Ninguna investigación se hace en soledad, ni siquiera aquellas en las cuales hay un/a solo/a autor/a. Para investigar, precisamos superar el obstáculo que nos impone la visión disciplinar de nuestra propia formación universitaria, que es individualista y

nos enseña a atesorar celosamente el conocimiento adquirido. Esa actitud, además, nos dificulta aceptar críticas y aportes de los demás. Por el contrario, hemos aprendido que trabajar en equipo implica, entre otras condiciones, la capacidad de escuchar e incluso agradecer la crítica del otro. Y de una gran generosidad para compartir nuestros saberes y experiencias.

Investigar en Salud Mental Comunitaria

“Debemos cuidar que esta perspectiva, de la Salud Mental Comunitaria, no se convierta solamente en un humanismo militante, abandonando de este modo la investigación, y por ende la producción de conocimiento, a otras corrientes positivistas (Galende, 2015, p. 176)

Construir un conocimiento científico específico desde la perspectiva de la SMC dará coherencia entre las prácticas y las teorías que las sostengan. Si no construimos un conocimiento que investigue desde conceptos propios y sobre las prácticas desmanicomializadoras, somos hojas al viento de las modas intelectuales y de las ganancias de laboratorios y centros de propagación de todo tipo de técnicas y métodos.

Si no avanzamos en la construcción de un bagaje teórico propio, seguiremos hablando desde el lenguaje de otros, perdiendo coherencia y legitimidad en nuestras prácticas. La SM comunitaria es una alternativa que respeta la dignidad de las personas pero además es una alternativa terapéutica eficaz que requiere de validación social y científica. Esta legitimación no se da simplemente “por añadidura” cuando hacemos bien nuestra tarea. No se da de manera espontánea. Por el contrario, afirmamos que esa validación solo podrá darse a través de la investigación y la comunicación de los resultados en la vida concreta de las personas con sufrimiento mental.

La salud colectiva ha mostrado desde la década de los 60 que los tipos de ofertas de servicios de salud crean demandas en la población. Además se ha teorizado acerca de que las prácticas

profesionales son el origen de imaginarios sociales sobre disciplinas y formas terapéuticas, es por ello que consideramos urgente reflexionar e investigar acerca de qué tipo de conocimiento, representación y demandas están produciendo nuestras prácticas comunitarias en SM.

Por lo demás, la desmanicomialización también nos desafía a construir investigaciones interdisciplinarias y a entrar en las academias para participar en la formación de los nuevos profesionales e investigadores.

Investigar - Comunicar y Escribir

Investigar y comunicar las prácticas desmanicomializadoras (...) permite ir modificando las representaciones sociales así como desmanicomializar las mentes de los trabajadores de salud y público en general (Cohen H. y Natella G., 2013).

Desde la SM comunitaria rionegrina se propone como método de trabajo en equipo el denominado “reflexión –acción”. Consideramos que esta metodología tiene amplios puntos de coincidencia con el proceso de investigación científica: en ambos casos partimos de una situación problema que requiere de una estrategia para obtener resultados; en ambos se deben tener en cuenta no sólo aspectos técnicos, sino ético-políticos; en las dos actividades se requiere de un equipo, que irá tomando decisiones que serán revisadas –ratificadas o rectificadas – en función de los resultados; etc.

Si bien las coincidencias son múltiples, nos interesa destacar ahora una de sus diferencias, que refiere al aspecto comunicacional. Si bien ambos procesos es un elemento relevante, el método reflexión-acción se apoya con mayor frecuencia en la oralidad, mientras que el proceso investigativo requiere y se sostiene del lenguaje escrito.

Como sabemos, comunicar es más un proceso que un acto en concreto; y deben adaptarse estilos, contenido y formato según a quien nos dirigimos. En el proceso investigativo, comunicar no se

limita a escribir un artículo para publicar, sino que puede tomar otras formas de socialización del conocimiento sobre los servicios de SM y sus prácticas con colegas, compañeros, estudiantes, usuarixs y comunidad en general.

Se trata de “hacer pública” la información y/o el conocimiento que pueda contribuir a que lxs usuarixs y la comunidad tengan una participación más activa en la gestión de los servicios. Creemos que si los usuarixs pueden opinar, tomar posición frente a lo que hacemos, criticarnos, o formular nuevas demandas, se logra uno de los principios de la desmanicomialización. Por eso, afirmamos que en los servicios públicos, este tipo de comunicación es una obligación para el equipo de salud.

Además, al comunicar aspectos de nuestra práctica o el producto de nuestras investigaciones, trabajamos por el cambio de representaciones. Afirmamos que las prácticas por sí mismas, sin la comunicación, no cambian las representaciones sociales hegemónicas sobre la locura (Paulin, 2012).

Conclusión

En este artículo hemos intentado dar cuenta de la importancia que tiene la tarea de investigación y sus potenciales aportes al proceso de desmanicomialización. Para finalizar, queremos destacar que resulta necesario se estimule su desarrollo de manera específica.

Comprendemos que la prioridad de los servicios es siempre asistencial, por eso “investigar” no puede sumarse como otra de las tareas a las múltiples labores cotidianas de los equipos. Pero tampoco podemos resignar la labor de teorizar sobre la práctica desmanicomializadora, ni delegarla en quienes tienen otros compromisos e intereses.

Por lo mismo, consideramos necesario que se definan líneas de articulación entre actores que sostienen el quehacer desmanicomializador, y actores “académicos” dedicados a tareas de investigación y teorización. Identificamos en ello uno de los desafíos para consolidar el trabajo que se viene construyendo.

Referencias Bibliográficas

Augsburger, AC, 2002, De la Epidemiología Psiquiátrica a la epidemiología en Salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médicos Sociales N°81 pp. 61-75. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

Baffo, C, 2011, Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental. Tesis de maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Dpto Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Defendida setiembre 2012.

Cohen, H; Natella, G, 2013, La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de Salud Mental en Río Negro. Bs As, Lugar Editorial

Collins, P, 2008, Waving the banner of mental health revolution: psychiatric reform and community mental health in the province of Rio Negro en Caldas de Almeida, JM ; Cohen, A (coord) Innovative Community Mental Health Services in Latin America and the Caribbean, Washington DC, OPS . Disponible en www.publications.paho.org, consultada 17/08/2016

De Lellis, M.; Sosa, S., 2011. La formación de recursos humanos en Atención Primaria y Salud Mental. En: Asociación Argentina de Salud Mental. Sexo, cultura y poder. Págs. 548-551. Bs As.

Desviat, M, 1999, A reforma Psiquiátrica. Río de Janeiro: Editora Fiocruz

Galende, E, 2015, Conocimiento y prácticas de Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial

García, C. (2012). Estrategias para hacer de la experiencia investigativa un proceso formativo. *Uni-pluriversidad*, 1(1), 57 - 60. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/12379/11213>

Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2010, Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657/2010. Buenos Aires.

Minayo, C (org), 2003, Investigación Social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

OMS, 2008, Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (MHGAP) Ginerbra.

Paulin Devallis, M 2012, Las prácticas de salud mental con personas que padecen trastornos mentales severos en el proceso de reforma del modelo asistencial en la Provincia de Rio negro, año 2007. La perspectiva de trabajadores de salud mental, usuarios y familiares. Tesis de maestría en Salud Mental Comunitaria. Dpto Salud Comunitaria Universidad Nacional de Lanús. Defendida mayo 2012.

Schiappa Pietra J, 2003, La leyenda continúa: temas y narraciones de salud mental: modalidad rionegrina., General Roca: Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Departamento de Publicaciones.

Schiappa Pietra, 2013, Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión. General Roca: Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Departamento de Publicaciones.

APORTES DESDE LO LOCAL A LOS PROCESOS DE REFORMA EN SM

**PRÁCTICAS Y POBLACIÓN ASISTIDA EN EL SERVICIO DE SM
ING HUERGO (2012-2013).**

Claudia Gabriela Baffo – Mariana Paulin Devallis

Nos gustaría compartir con los lectores interesados el recorte de uno de los Informes de Investigación realizados por las autoras por iniciativa personal, pero gracias al apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA “Carillo Oñativia”, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud en el año 2014.

La investigación contó con el aval de la Dirección del Hospital Ing. Huergo, con la autorización de la Coordinación provincial de SM, así como con el aval de la Comisión Provincial de Investigación en Salud de Río Negro. La directora de la beca fue la Lic. Renata Scalesa. Contamos además con la colaboración de los integrantes del equipo de SM de Ing. Huergo (Lic. Silvina Ciuccoli y Dr. Norberto Altamirano), de los residentes de la RISAMC sede Huergo 2014, del Jefe de personal (Raúl Villalobos) y del personal del Servicio de Estadística (Norma Caceres, Silvia Besugloy y Mirta Gofre); como también con la participación de Lic. Daiana Carlino, Lic. Celeste Zubeldía y de María de los Ángeles Rolo que colaboraron con la recolección y el análisis estadístico de los datos.

Como investigadoras hemos realizado otros estudios de carácter cualitativo; sin embargo la investigación que decidimos compartir tiene un abordaje cuantitativo, cuyo diseño ha sido todo un desafío teórico y metodológico. Pero el desafío más importante, fue dar cumplimiento a los requisitos del método científico más tradicional, sin traicionar nuestras convicciones tanto respecto del proceso de investigación como proceso creativo, como respecto del proceso de desmanicomialización como construcción colectiva

ético-política y como la mejor opción técnica para la asistencia en SM.

Como nos interesaba mostrar el formato “tradicional” de un informe investigativo, decidimos mantener su estructura original (títulos y apartados), pero modificamos en parte los contenidos para facilitar la lectura.

Resumen

Introducción: Nos propusimos generar conocimiento respecto a la asistencia brindada desde un servicio de SM local enmarcado en el proceso de desmanicomialización de la provincia de Río Negro. Se abordaron dos aspectos esenciales como son los tratamientos y la población asistida. Se fundamentó en la necesidad de contar con mayor información sobre aspectos técnicos de la implementación de reformas en SM; y en las directrices de la Ley 26657/10 que recomienda contar con datos asistenciales en SM. Los resultados comunicados buscan aportar de forma teórica y técnica a otros programas que estén implementando la Ley Nacional de SM.

Objetivo: Describir la desmanicomialización rionegrina en el nivel local, en cuanto a las características de la población asistida y de los tratamientos realizados en el Servicio de SM del Hospital Ing. Huergo, en 2012 y 2013.

Método: Diseño cuantitativo. Se utilizaron fuentes secundarias, para un análisis de tipo descriptivo.

Resultados: Los resultados involucran la caracterización de los usuarios asistidos respecto a edad; nivel de instrucción; motivo de consulta y diagnóstico según CIE 10; y caracterizar los tratamientos que ellos recibieron durante el período en estudio, donde se describe: duración, frecuencia, dispositivos utilizados y formas de diseño del tratamiento.

Fundamentación

Si tenemos en cuenta la carga de morbilidad debida a trastornos mentales que asciende al 25 % de la población y la creciente demanda de atención en SM (6) se comprende que resulta fundamental contar con datos demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos sobre la población asistida en este campo (7).

Esta investigación tuvo como propósito generar conocimiento respecto a la asistencia brindada desde un servicio de SM local, enmarcado en el proceso de desmanicomialización provincial, sobre un aspecto esencial como son los tratamientos y la población asistida en el Programa. Los resultados que se presentan pueden constituir un aporte teórico- técnico para el Servicio local en el que se trabajó; para el Programa Provincial de SM Comunitaria; y para otros programas que estén implementando la Ley Nacional de SM. Como beneficiario último y razón de ser del estudio se consideró a los usuarios de los servicios de SM.

La pregunta que guió la investigación fue: ¿Cuáles son las características de la asistencia que se brindó en el marco de las desmanicomialización rionegrina, desde el servicio de SM Comunitaria del Hospital Área Programa Ing. Huergo, en cuanto a población asistida y tratamiento realizados durante los años 2012 y 2013?

Diseño del estudio

Estudio con diseño cuantitativo, de tipo Descriptivo Transversal, elegido por su alto potencial descriptivo cuando no se poseen informaciones previas. Se definió como diseño porque se buscaba obtener una aproximación al estado actual del tema en estudio, renunciando a una lectura longitudinal. En nuestro caso, nos permitió conocer el proceso de desmanicomialización en lo local, en cuanto a características técnicas de los tratamientos y perfil de la población asistida.

Breve descripción del contexto o Ámbito de estudio

El ámbito donde se realizó el estudio es el Hospital General Área Programa Ing. Huergo, que comprende las localidades de Ing. Huergo y Mainqué, en la provincia de Río Negro. El área programa abarca 10.000 habitantes en total, en la región denominada Alto Valle Este.

El equipo de SM de dicho hospital, es un equipo interdisciplinario que durante el período estudiado contaba con ocho profesionales: un psiquiatra, dos licenciadas en psicología, una operadora de SM, y cinco residentes (cuatro psicólogas y una trabajadora social). Contaba con dispositivos de atención individual y grupal. Se realizaban diversas actividades en conjunto con otros servicios hospitalarios, desde un abordaje interdisciplinario. Respecto de la atención de personas con sufrimiento mental, el servicio de SM local contaba con guardias pasivas las 24 hs para la atención de urgencias, admisiones, interconsultas, consultorio externo, visitas domiciliarias, internación en sala general, entre otros.

Participantes:

La población en estudio fueron todos los usuarios que recibieron al menos una atención en el servicio de SM del Hospital Área Programa Ing. Huergo en el periodo 1/01/12 al 31/12/13 inclusive; y todos los tratamientos realizados por el servicio de SM en dicho período. Se relevó y analizó el universo completo de la población asistida, es decir que no se utilizó muestra.

Criterio de Inclusión: fueron estudiadas todas las personas asistidas por el servicio de SM de Ingeniero Huergo entre los años 2012 y 2013, en cualquiera de los ámbitos de intervención (consultorio, domicilio, etc.) Criterio de Exclusión: se excluyeron aquellos casos en los cuales se carecía de más del 50% de los datos acerca de las características del usuario o de la asistencia realizada.

Definición Teórica y Operacional de las Variables.

Personas Asistidas/ Bajo programa: número de personas que recibieron asistencia por parte de algún efector del servicio de SM del Hospital Ing Huergo, que tuvieron al menos un contacto en el período estudiado (2012-2013).

- Sexo: según lo informado por el usuario y registrado del profesional de SM en Planilla de admisión, valores posibles mujer / varón / otro.
- Edad: años cumplidos según lo informado por el usuario y registrado por el profesional al momento de la primer consulta del período estudiado.
- Nivel de instrucción: máximo nivel de instrucción cursado en educación formal, informado por el usuario y registrado por el profesional al momento de la primera consulta del período estudiado. Se utilizó una clasificación ordinal.
- Motivo de consulta: principal motivo que generó el contacto del servicio de SM, desde el punto de vista del usuario, según lo registrado por el profesional interviniente en Planilla del Usuario o en H.C. Se trata de una variable de tipo cualitativa. Los resultados se agruparon en categorías.
- Diagnóstico: clasificación efectuada por el profesional de SM de Ing. Huergo en base a criterios CIE-10 (13), al momento de llenado de la Planilla del usuario.
- Para todas las variables que caracterizan a la población asistida, se utilizó la categoría *sin datos*, cuando dicha información no estaba disponible.

Tratamiento en SMC: Se definió como las diferentes actividades que los equipos de SM locales realizan para llevar adelante la estrategia terapéutica de un usuario o de un grupo de usuarios. Aunque reconocemos sus diferencias conceptuales, para el presente trabajo se consideraron equivalentes: tratamiento, asistencia, y estrategia

terapéutica, por considerarlos conceptos enlazados y mutuamente determinados.

- Duración: meses transcurridos entre el primer y el último contacto del usuario con el servicio de SM, según registro en H.C. Se midió en escala ordinal, se definieron 5 valores posibles: 1) Asistencia única, sin tratamiento: 1 mes (exclusiva para contactos cuyo motivo de consulta fuera Solicitud de Certificado).; 2) Tratamiento Breve: 1 mes hasta 6 meses inclusive; 3) Tratamiento Medio: desde 7 meses hasta 12 meses inclusive; 4) Tratamiento Prolongado: 13 meses o más; 5) “Sin especificar”: tratamientos iniciados en el año 2013 que al 31 de diciembre de dicho año no hayan finalizado
- Frecuencia: promedio mensual de contactos asistenciales en SM en el período estudiado, según registro de H.C. Se contó el total de contactos con el usuario, dividiéndolo en la cantidad de meses del período estudiado en que dicho usuario recibió la asistencia. Se clasificó en escala cuantitativa continua.
- Dispositivos Utilizados: Se definieron operativamente seis dispositivos a partir de una adaptación de los tipos de actividades estandarizadas para el programa provincial. Cada uno de estos dispositivos se consideró como variable independiente, dicotómica; valores posibles SI-NO, definida según si el usuario recibió al menos una asistencia de ese tipo en los años 2012 o 2013. Al ser variables independientes, reconocemos que la participación del usuario en uno de los dispositivos, no impide –ni determina - la inclusión del mismo en algún otro dispositivo.
- Reuniones de equipo de SM: Se trata de una de las actividades definidas y estandarizadas para el Programa de SM Comunitaria de la provincia de Río Negro (8). Tiene como objetivo facilitar el intercambio de visiones teóricas entre los trabajadores de SM, con la finalidad primaria de diseñar y evaluar las estrategias terapéuticas del conjunto de usuarios.
- Tratamiento con diseño de ET en reunión de equipo: La variable se define operativamente en función de la existencia o no

de discusión del caso en el espacio de reunión de equipo del servicio de SM, según constancia en base de datos del servicio de SM. Los valores posibles para esta variable dicotómica fueron: SI o NO

Fuentes de datos. Se trabajó a partir de fuentes secundarias (es decir, datos que existían previamente) incluyendo diversos tipos de registros: (1) Registros de carácter provincial disponible en todos los servicios de SM de la Provincia: a) Planilla de Registro Diario de Actividades; b) Historia Clínica de cada usuario. (2) Registros de carácter local, usados por el equipo para registrar sistemáticamente información: c) Planilla del usuario; d) Registro de reuniones de equipo.

A partir de esas cuatro fuentes secundarias se creó una Base de Datos utilizando programa Microsoft Excel, diseñado para la realización de este estudio.

Métodos de análisis estadísticos:

Se realizó un tratamiento de los datos que permitiera un análisis estadístico descriptivo, a través frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central, razones y proporciones.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

La investigación no conllevó contacto con personas, porque se trabajó íntegramente con fuentes secundarias, disponibles por registros sistemáticos del servicio de SM local. Por lo tanto el consentimiento libre e informado no fue preciso en este caso (9). El estudio tampoco no involucró un esfuerzo extra para los usuarios (pacientes) ni para el personal de SM, cumpliéndose el criterio de obtención de máximos beneficios con el menor perjuicio posible. Antes de iniciar el análisis estadístico, se omitieron los nombres, o cualquier otro dato que resultara vinculante, a fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida.

Síntesis de Resultados

Participantes: Se investigaron inicialmente 1.079 casos-usuarios, de los cuales se excluyeron 145 (13,4%) por contar con datos incompletos en los registros. De este modo, la población en estudio que fue incluida como sujeto de investigación, quedó compuesta por un total de **934 usuarios participantes**.

Resultados de la variable Personas Asistidas /Bajo programa:

- **Cantidad de usuarios** asistidos en el período estudiado: 934, de los cuales 624 (66,8%) fueron mujeres; y 310 fueron varones (33,2%). La razón mujer-hombre es de 2:1.
- **Edad:** el promedio fue de 34,6 años, en un rango de 0 a 89 años. La mediana fueron los 32 años, y la moda fueron los 30 años (N=934). Al agrupar las edades por categorías, se observa la participación de niños (n=81), adolescentes (n=163) adultos (n=596) y adultos mayores (n=163).
- **Nivel de instrucción:** La mayor frecuencia corresponde a los usuarios con nivel de instrucción de primario incompleto, que sumaron 105 (11%), seguidos de secundario incompleto para 88 usuarios (9,4%). Destacamos que apenas el 15% de la población de usuarios tenían el nivel secundario completo o más.
- **Motivo de consulta:** Los motivos de consulta se agruparon en categorías cualitativas construidas durante el análisis. Las de mayor frecuencia fueron el sufrimiento vinculado a temas de Vida Doméstica, Vincular y de Crianza, que en conjunto alcanzaron los 230 eventos (24,6%). En cuanto a las consultas motivadas por síntoma de sufrimiento personal -angustia, ansiedad, nervios, tristeza u otros- tuvieron en total una frecuencia de 216 (23%). El conjunto de motivos vinculados a gestión de diversos certificados -de aptitud, discapacidad u otros- fue de 115 en el período estudiado (12,3%). Observamos que el abuso o adicción a sustancias, incluyendo etilismo, fue referido en 62 casos como el motivo de consulta principal (6,6 %). Subrayamos, además, que en 47 casos el

motivo de consulta se refiere a situaciones de aislamiento social (5%).

- **Diagnóstico CIE 10.** La mayor frecuencia fue para “Reacción al Estrés grave y trastornos de adaptación” (15,4%). Otros diagnósticos muy utilizados fueron “problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas” (12%) y “Trastorno depresivo recurrente” (9,5%).

Resultados referidos a las características de los tratamientos realizados.

- **Duración del tratamiento:** El 12,2 % de participantes (n= 114) tuvieron Contactos de tipo Único y fueron considerados Usuarios Sin Tratamiento. Del total de usuarios con tratamiento (n=820) la mayor frecuencia fue para los tratamientos Breves en el 60% de los mismos (n=492); mientras un 13,6% de los tratamientos fueron Prolongados (n=112). La razón Tratamientos Breves - Prolongados fue de 4:1

- **Frecuencia de los contactos:** la misma presentó un amplio rango: entre 0,2 y 20 contactos por mes. El promedio obtenido es de 2,1 contactos por mes; mientras que la mediana se definió en 1,7 contactos por mes. La moda de la frecuencia fue 1 contacto por mes. Se observa que el 8% de los participantes tuvo una frecuencia mayor a 4 contactos por mes.

- **Frecuencia de contacto según Duración del tratamiento,** se observa que la frecuencia de contactos es 1,5 veces superior en Tratamientos Prolongados respecto de la misma en los Tratamientos Breves.

- **Dispositivos utilizados:** Los datos evidencian el uso de los seis dispositivos en forma desigual. El más utilizado fue el Dispositivo de Asistencia Individual-Familiar, empleado por el 77,4% de los participantes. Lo sigue la Asistencia Comunitaria, utilizado por el 40%. La menor frecuencia de utilización es para los dispositivos de Asistencia Grupal, utilizados por apenas el 5% del total de usuarios de SM. Se destaca que el 20% de los participantes

utilizaron el dispositivo de Internación en Hospital General como parte de su estrategia terapéutica en el período estudiado.

- **Dispositivos utilizados por mujeres y varones:** encontramos que ambos emplearon la totalidad de dispositivos, pero en cada dispositivo encontramos una frecuencia mayor de utilización de mujeres que de hombres. Al calcular el porcentaje relativo de hombres y mujeres para cada dispositivo, se observó que el 39,3 % de las mujeres (245 de n=623) y el 40,8 % de los varones (127 de n=311) recibieron Asistencia Comunitaria. Respecto de Internación, se observa que fue utilizada por el 17% de las mujeres (106 de n=623), y por el 24 % de los varones (75 de n=311) estudiados.

- **Diseño de Estrategia Terapéutica en el espacio de Reunión de Equipo:** De los 934 casos estudiados, 361 (39%) contó con un diseño en equipo de su estrategia terapéutica. La razón SI/NO respecto de los tratamientos con construcción de ET en reuniones de equipo fue de 0,6:1.

Se observó que el porcentaje de Estrategias Terapéuticas discutidas en reunión de equipo alcanza el 82% de los Tratamientos Prolongados; mientras que apenas el 32,8% de los Tratamientos Breves fueron discutidos en reunión de equipo. También se determinó que del total de 181 usuarios que usaron el dispositivo de Internación, 131 (72,4%) fueron estrategias terapéuticas discutidas en reunión de equipo.

Discusión

El número de personas asistidas, que ascendió a 934 usuarios, se corresponde con un 9,3 % de la población del área programa del Hospital Ingeniero Huergo. El porcentaje de población asistida en la localidad, supera el promedio provincial, que según datos del Informe IESSM, en 2007 era de 3,5% (3.416 usuarios con asistencia ambulatoria cada 100,000 habitantes). (10)

El 66,8% de los usuarios asistidos fueron mujeres. La edad promedio fue de 34,6 años. El Nivel de instrucción de mayor frecuencia correspondió a los usuarios con primario incompleto

(11%). Los motivos de consulta mostraron una heterogeneidad de presentaciones, al igual que las clasificaciones diagnósticas aportados por los profesionales.

Esos resultados obtenidos son similares a los encontrados en un estudio de Rosario (11) que concluyó que sobre un total de 1064 usuarios, el 62% eran mujeres. El mismo mostró que el grupo etario de mayor demanda fueron los adultos, coincidiendo nuestros hallazgos, en donde la categoría de Adultos entre 21 y 59 años fue el 64% de la población asistida.

El porcentaje de niños y adolescentes (0 a 21 años) asistidos a nivel local representan el 26% de los participantes. Ello nos permite mostrar que la atención brindada por el servicio de base comunitaria incluye a dicho grupo poblacional.

La presencia de motivos de consulta que refieren problemas de consumo de alcohol (n= 40) y de diversas sustancias (n= 22), nos muestra que la población que sufre las problemáticas de las Adicciones, recibe asistencia en un servicio local de SM Comunitaria, en concordancia con la Ley Nacional 26657/10. Del mismo modo, los diagnósticos F10 y F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol; y al uso de múltiples sustancias, respectivamente), representan en conjunto el 10% de los diagnósticos efectuados (n=668).

Los datos locales coinciden con el nivel provincial, según el IESSM (10). Ese estudio encontró que en los establecimientos ambulatorios rionegrinos, uno de los diagnósticos más frecuentes era “Trastornos neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos (20%), siendo en el estudio local los trastornos codificados entre las F40 y F49 sumaron el 24% de los diagnósticos encontrados.

La mayoría de los tratamientos realizados tuvieron una Duración Breve, mientras que los tratamientos con Duración Prolongada representaron el 12% del total de participantes (N=934). Esos datos se adecúan a lo esperado para un servicio con diversidad de tipos de vínculo de cuidado y diversidad del tiempo de duración de esos vínculos entre consultantes y equipos de SM. Al

respecto, Basauri plantea que las personas con trastornos mentales severos requerirán atención prolongada, en la mayoría de los casos de por vida, con diversos grados de intervención de los servicios de SM (12).

En el servicio estudiado, los tratamientos de tipo prolongado también tuvieron una frecuencia de contacto levemente mayor que el promedio de frecuencia para el total de participantes, alcanzando los 2,8 contactos por mes.

Por otro lado, para un servicio comunitario es fundamental contar con adecuada disponibilidad a las nuevas demandas (aspecto de la accesibilidad) y por lo tanto es esperable que se realicen muchas y variadas consultas de la población, que no necesariamente se traduzcan en un vínculo permanente con el servicio. Este aspecto es concordante con la mayor frecuencia de tratamientos con duración Breve, menores a 6 meses.

En cuanto a la frecuencia de los contactos, el promedio obtenido de 2,1 por mes, resulta menor al referido a partir de la evaluación IESSM, que informó un promedio de 6 contactos ambulatorios por usuario (10).

Se encontró que se usaban los seis dispositivos, aunque la distribución de utilización era desigual: la menor frecuencia de utilización es para los dispositivos grupales, utilizados por apenas el 5% del total de usuarios de SM. Señalamos la concordancia de este dato con un estudio (13) donde se plantea la posible existencia de un obstáculo cultural al uso de este tipo de dispositivos.

Se determinó que para 361 usuarios (el 38,7%) el diseño de su estrategia terapéutica se realizó en reunión de equipo del servicio de SM. Interpretamos este datos en relación a lo estipulado por la ley provincial 2440, que define que el tratamiento a realizar para cada usuario debe ser diseñado por un equipo interdisciplinario de SM (24). En ese sentido, se valora como bajo el porcentaje de ET diseñadas en reunión de equipo, aunque observamos que ese porcentaje se incrementa con la duración de los tratamientos, pasando de apenas el 32,8% en los Breves, al 63,6% en tratamientos de Mediana Duración, hasta alcanzar el 82%

de los Tratamientos Prolongados. Ello nos permite valorar una tendencia hacia la construcción en equipo de las estrategias terapéuticas en aquellos casos que requieren de la continuidad del vínculo con el Servicio de SM por la severidad de su trastorno mental (12).

Análisis de Datos ausentes:

En una investigación científica no sólo los datos encontrados son interpretados, sino que su ausencia debe considerarse como parte de la información. En nuestro caso, la variable con mayor porcentaje de datos perdidos fue nivel de instrucción (falta de datos para el 52,4% de los participantes del estudio) seguida de la variable “Diagnóstico CIE-10”. Esta ausencia nos dio la oportunidad de reflexionar críticamente acerca del uso de clasificaciones diagnósticas, tal como se expresa a continuación:

Respecto de datos ausentes para Diagnóstico del CIE-10, debe considerarse que en Río Negro co-existen el uso del término “sufrimiento mental” (utilizado en el texto de la Ley Provincial 2440/91) con exigencias estadísticas de completar informes en base al CIE-10. La usencia del 29% de los datos de esta variable, la interpretamos en relación a la dificultad para arribar al diagnóstico por la complejidad del objeto propia de SM; y lo innecesario de ese diagnóstico (su carácter opcional). Este último sentido, en concordancia con lo planteado por la Ley 26.657/10 que en su artículo 16, diferencia entre diagnóstico interdisciplinario e integral indispensable, y la eventual referencia a criterios clasificatorios de trastornos.

Conclusiones

Todo estudio posee fortalezas y limitaciones, que deben ser reconocidas para valorar adecuadamente el alcance de la información aportada. En nuestro caso, una de las limitaciones fue el alcance propio del abordaje cuantitativo, que nos permitió

ponderar algunos aspectos de la población y de los tratamientos realizados, pero que sin duda resulta insuficiente para comprender o valorar la tarea desmanicomializadora en su complejidad. Además, consideramos que hay aspectos de la población que no pueden estudiarse a partir de la suma de características de sus individuos. En este sentido, concluimos necesario profundizar el estudio con abordajes de diseño cualitativo.

Subrayamos que lo estudiado nos muestra que un 20% de los usuarios del servicio local utilizaron el dispositivo de Internación en Hospital General. El porcentaje de Estrategias Terapéuticas discutidas en reunión de equipo alcanzó el 82% de los Tratamientos Prolongados, mostrando el alcance del método reflexión-acción en la práctica desmanicomializadora. Se demostró también que la atención de problemáticas de adicciones se realiza en el ámbito de lo comunitario, en línea con lo estipulado por la legislación nacional.

Los resultados de la variable “caracterización de la población asistida” nos muestran la necesidad de construir nuevas formas de clasificación del sufrimiento mental acordes a los lineamientos de la ley 26657 y al marco teórico conceptual de la SMC. La desigual accesibilidad de varones y mujeres, donde predomina la consulta de la mujer en dispositivos ambulatorios y se invierte en dispositivos de internación, podría estar mostrando que los varones acceden más tarde y ante situaciones más graves a los servicios de SM. Ello muestra la necesidad de delinear políticas específicas. También se concluyó que es necesario capacitar sobre la multideterminación del proceso salud-enfermedad para visibilizar que las variables sociodemográficas no son meramente contextuales o secundarias sino determinantes.

Por otro lado, en los resultados de la variable “tratamientos” se pudo observar la variedad de dispositivos, duración y frecuencia de los mismos. Ello nos permitió reflexionar sobre la diversidad que debe componer un Programa de SM comunitaria, tanto en sus recursos, dispositivos, como modos de ingreso y continuidad de cuidados o resolución de la demanda según el caso.

Por último, señalamos el desafío de contar con instrumentos ágiles y consensuados de registros de los tratamientos para lograr evaluar eficacia clínica e implementación de la ley nacional de SM en el ámbito local y provincial.

Referencias Bibliográficas

1. Dirección Nacional de Salud Mental. Salud Mental Definiciones y Problemas. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Buenos Aires, 1986.
2. Galende, E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1992 (3ª edición revisada y ampliada, 1994).
3. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley Nacional 25 326/2000 De Protección de Datos Personales. Artículo 4. Buenos Aires, 2000.
4. Gerlero S.; Augsburguer AC. (Comp) La salud mental en Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos. Laborde Editor. Rosario, 2012. ISBN 978-987-677-030-9.
5. OMS. Informe Salud en el Mundo. Salud Mental Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Washington DC, 2001.
6. Ardila, S; Stolkiner, A. Lo comunitario en la evaluación de sistemas y servicios de salud mental. En: AAVV Revista Argentina de Psicología RAP, Edición Número 48, año 2010
7. Desviat, M. A Reforma Psiquiátrica. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.
8. Amarante, P. O Homen e a Serpente: outras historias para a loucura e a psiquiatria. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994.
9. Baffo, C; Paulin Devallis, M. Diagnóstico de situación de las prestaciones de salud mental comunitaria en el Hospital Área Programa Ingeniero Huergo. A 30 años de la reforma del modelo. Becas Investigación Ramón Carrillo Arturo Oñativia, Anuario 2010. 1ª Edición Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2010.
10. Di Nella y col. Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010 mayo 2011. Revista Argentina de Salud Pública, Vol 2, Nro 8. 2011,
12. Basaglia , F. A Instituição negada. Relato de un hospital psiquiátrico. Edicoes Graal, Río de Janeiro, 1968 (3ª edición, 1985).

13. OMS/OPS. Extracto de la Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención a las personas con trastornos mentales. Caracas, 1990.
14. OMS/ OPS. Principios de Brasilia. Principios Rectores para el desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia, 2005.
15. Caldas de Almeida, J. M. Implementación de Políticas y Planes de Salud Mental en America Latina. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 2007. Volumen 71 Nº 2 Diciembre, pp 111-116 [on line] http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/03_asm.pdf consultada el 28 de octubre de 2011
16. Basauri, V.A (coord.). Evaluación de Servicios de salud mental. Getafe, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1993.
17. Cohen, H; Natella, G. Trabajar en Salud Mental. La Desmanicomialización en Río Negro. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1995.
18. Schiappa Pietra, J La leyenda continúa: temas y narraciones de salud mental: modalidad rionegrina. Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Departamento de Publicaciones. General Roca, 2003.
20. Natella, G. Intervenciones Comunitarias. En AAVV Encuentro Patagónico de Residentes de Medicina General y Salud Mental Comunitaria. Río Negro, 2007.
21. Departamento de Salud Mental. Actividades del Equipo de Salud Mental. Definiciones y registros. Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, 2005.
22. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. Volumen 1, Publicación Científica N° 554 OPS/OMS, 1995.
23. Ley Provincial N° 2440. Promoción sanitaria y social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental Legislatura de la Provincia de Río Negro. Viedma, 1991.
24. Dirección Salud Mental de Río Negro, 2009, "Informe final IESSM –OPS Provincia de Río Negro." Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

PARTE II: EXPERIENCIAS

“COSAS MÍAS...!!!”

Fernando Cortes

Trabajo grupal sobre la Teoría Comunitaria

La localidad de Lamarque es una comunidad pequeña con no más de 10000 Habitantes. Su motor económico es la producción agrícola. Y por ello se produce la llegada de población migrante en busca de trabajo en épocas de cosecha, lo que lleva a que aumente significativamente el número de habitantes.

Con la llegada de esta población, la comunidad “Lamarqueña” se fue enriqueciendo paulatinamente con las prácticas sociales de los diferentes grupos que fueron asentándose, tomando pautas ajenas y brindando las propias a los llegados, haciendo que ésta comunidad sostenga un movimiento continuo de interculturalidad.

De esta manera, población de nacionalidades diferentes como la china, coreana, rusa, chilena, paraguaya y boliviana conviven armoniosamente con poblaciones de diferentes provincias argentinas como Tucumán, Salta, Santiago del Estero, y en menor número Mendoza y Córdoba.

Hay que rescatar que todas las prácticas sociales que acontecen tienen un común denominador, la fuerte impronta de género. Y por eso el grupo del que hablaremos, que nace homogéneo en tanto género, requiere atención heterogénea en lo que sea interdisciplina e intersectorialidad en su marcha hacia la grupalidad.

Desde la interdisciplina y la intersectorialidad vemos a Servicio Social, Lic. Romina Golia y Servicio de Salud Mental Comunitaria, enfermero Fernando Cortés, perteneciente al Hospital Área Programa Lamarque; a la Secretaría de Desarrollo Social dependiente de la Municipalidad de Lamarque, Lic. Verónica Smith.

A este espacio se suman dos Residentes que cursan la RISaMC, Lic. Nazarena Nattavera y Lic. Noelia Cerra.

El grupo está pensado desde la necesidad de contar con un espacio grupal que deje atrás el trato “uno a uno” para promover la potenciación de estilos de vida saludables en mujeres que cursen situaciones complejas de vulnerabilidad. Este espacio está dirigido hacia el encuentro de subjetividades e intercambios; y a la vez, como ámbito de tareas y encuentros recreativos-lúdicos que promuevan aspectos “salutógenos”.

Pero una práctica social basada en un posicionamiento de género no puede producir cambios simplemente con una entrevista. Debe hacerlo con frecuentes momentos de reflexión, profundos y colectivos, para que la grupalidad surgente se pueda instalar como red de contención. Como trama encargada de sostener al individuo respetando los tiempos y modos de ser personales de cada participante.

La grupalidad se transforma en una red entre pares que fortalecen los pilares de resiliencia. Y de esta manera cada mujer concurrente se entenderá acompañada por sus pares para atravesar sus momentos de mayor vulnerabilidad.

Porque muchas mujeres han hecho suyo ser subalternas, aprisionadas en una cotidianidad de presiones ajenas, de instituciones patriarcales, las presiones sociales son ya su red continente que es preciso cambiarle. Telarañas hasta económica que no les deja opciones para cobrar distancia, para interrogarse y dejar de reproducir los legados de un pasado que las atrapan dentro de un cuento infinito de violencia.

Por eso nuestra propuesta y respuesta es grupal. Rica en heterogeneidades, múltiple en edades y posibilidades; respetando el tiempo del proceso personal que cada uno necesita para poder empoderarse. Porque la resiliencia también es factible de construir, aunque para ello sea necesario un grupo en que apoyarse. Que nos fortalezca o reconstruya la identidad y autoestima que podamos haber perdido.

Desde el grupo, se procura desarrollar un sentido de colectividad en que los miembros se preocupen los unos por los otros y el grupo por todos:

Se promueve:

- El aprendizaje interpersonal y apertura a diferentes formas de pensamiento.
- El fomento del espíritu de solidaridad y apoyo mutuo.
- El desarrollo del sentido de pertenencia e identificación con el grupo.
- El desarrollo y utilización del poder individual y colectivo. Todo ello, desde actividades gratificantes.

Por ello el grupo forma parte de la “trayectoria de aprendizajes” de sus miembros, los que comparten tiempo y espacio mientras van sosteniendo o reparando la identidad perdida o mellada. Potenciando la solidaridad ante las crisis vividas, así como removiendo obstáculos emocionales para superarlas mejor.

Objetivo del grupo: trabajar sobre las vulnerabilidades del sector desprotegido de las mujeres del Área Programa del Hospital Lamarque, mediante un dispositivo que permita el abordaje grupal, rescatando saberes y potenciando conocimiento, favoreciendo el intercambio, promoviendo el fortalecimiento personal y el empoderamiento de las personas.

Se decide no realizar dicho espacio en el Hospital, ya que la representación institucional y las dinámicas propias de esa Macro-institución podrían entorpecer la tarea.

El tiempo y la experiencia nos demostraron que se necesita un espacio con flexibilidad para realizar las ocupaciones que se fueron proponiendo con el tiempo, cocina, costura, bordado, calado en madera, etc., ya que a veces se necesitan equipamientos especiales a ubicar.

Se articula con Acción Social del Municipio Lamarque para realizar las primeras reuniones en el Centro de la Tercera Edad. Mediante visita domiciliaria se realiza convocatoria a 30 mujeres con tarjetas de invitación. Iniciada la reunión mediante lluvia de ideas, se plantea el primer Diagnóstico Participativo para desarrollar

las primeras actividades y focalizar los conocimientos propios que cada una podría compartir con el grupo.

¡El 7 de marzo de 2014 inicia el grupo, que, con modalidad participativa también elegiría el nombre de “Cosas Mías...!!!” para auto-referirse.

Modalidad de trabajo en ese inicio: Diagnóstico participativo.

Se realiza ese Diagnóstico Participativo estando presentes la Lic. Romina Golia, dos Residentes de la RISaMC Lic. Noelia Cerra y la Lic. Nazarena Nattavera , el Enfermero Fernando Cortés, como componentes técnicos.

La heterogeneidad del grupo de mujeres participantes es importante, porque los aspectos vulnerables de las mismas poseen características propias. Unas llevan adelante prácticas sociales de extrema inestabilidad, Violencia de Género en algunos casos con espirales de ciclado y usuarias de Salud Mental Comunitaria con problemáticas de abuso de sustancias, psicosis, etc. Las edades al igual que sus participantes son diversas, desde la adolescencia hasta la madurez. Algunas con niños que no pueden dejar al cuidado de otros y que comienzan a ser parte misma del taller.

Las propuestas que fueron surgiendo quedaron plasmadas en un “papelógrafo”: cocina, costura, cajas (Decoupage, forradas en tela, cartapesta) Calado en Madera, Muñecas.

Comenzamos después de esta reunión inicial con cocina. Y cada cocinera aportó su propia receta de torta frita, actividad que se tomó como muy inclusiva ya que todas las participantes brindaron recetas, secretos de sus propias prácticas y la aceptación de la posibilidad de que “otra receta pudiera ser posible...”

De a poco cada participante tomó la posta de ser “tallerista”, señalando lo que cada una sabía y le agradaba. Siendo maestra y a la vez estudiante; docente participante y aprendiz de las actividades que en el momento diagnóstico habían ofertado.

Así, socializando el saber, reforzando las aptitudes, las posibilidades y capacidades de cada una, se trabajaron aspectos de la Resiliencia individual apoyándonos en la grupalidad.

Tortas fritas y recetas dieron paso a recetas-saberes secretos de “comidas” ... Y luego se continuó con costura, donde todas realizaron su propio bolso de compras, cartucheras, guardadores de bolsas de residuos, monederos, etc. a lo que le continuó cajas para guardar objetos pequeños como costureros, cestería china y calado en madera finalmente.

Con la primera etapa del proyecto fueron surgiendo situaciones particulares que el grupo debió considerar propio. Ya dijimos, algunas de las participantes no podían dejar a sus hijos, por lo que los hijos pequeños se fueron sumando a la misma agrupación.

Para ello se posibilitó un espacio donde los niños pudieran realizar diferentes tipos de actividades lúdicas, como ser dibujos, caretas, escucha de cuentos, juegos; lo que implicaba una programación y desarrollo de actividades propias de ese nuevo espacio fundado no característico de la tarea central y a la cual un técnico debía brindar tiempo y recursos. Para ello la Lic. Nazarena Natta Vera tomó la coordinación del mismo.

El grupo ganó cohesión, representación y fue evidenciando la necesidad de ese espacio, ya que, ante lluvia, frío, calor o inclemencias del tiempo la presencia de las participantes era notoria. Cerrando el año se volvió a repetir el espacio de reflexión y las participantes expresaron directamente que comprobaban crecimiento personal y grupal.

Al poco tiempo llegó la propuesta de participar en un evento como “artesanos” (en una especie de feria) y se puso la grupalidad en juego ante la valoración pública que le harían a los productos elaborados en sus actividades de taller.

Para tal acontecimiento surgió la idea de fabricar bolsas de supermercado y bolsos “materos”. Se concurrió a la Fiesta de los Canales, de la localidad vecina de Luis Beltrán, y por un corto espacio de tiempo nos convertimos en artesanos vendiendo nuestra

propia producción. Así se llegó a pensar en participar de la Fiesta del Tomate, de la propia Localidad. Las participantes pudieron representarse y presentarse con el nombre que las identificó y que remarcaba significativamente un espacio... “Cosas Mías...!!!” Espacio defendido, luchado, buscado frente a sus parejas, familias, etc...

Nacido el grupo en 2014, aun ahora una de las participantes con Hipoacusia, dislalia, habiendo sido derivada desde el Servicio de Salud Mental Comunitaria, continúa enseñando crochet.

Esta Profesora, antes colocada en el lugar de “retrasada” (según la familia), pasó a ser empoderada y promovida a referente principal de “Cosas Mías” en costura, bordado y tejido.

Ya sintiéndose capaz de interactuar eficazmente en lo social, pudo hablar con la Defensora a cargo de su situación judicial. Por eso se le revocó su curaduría y pudo cobrar de manera directa y autónoma su pensión que hasta ese momento era cobrada por su hermana, su curadora, pasando de esa manera a ganar calidad de ciudadana, sujeto del estado. Ciudadanía.

En otros casos el sostén del espacio significó a las concurrentes un lugar de contención, encuentro y socialización. En especial las que venían “marcadas” como usuarias del servicio de salud mental, ya que la integración y pertenencia a un grupo de trabajo, producción y comercialización permite fortalecerse como sujeto de derecho, de comunidad.

Y sintiendo además que con lo suyo fortalece a “otros”, eso promovió que se ampliara la red social continente y referente que es el grupo “Cosas Mías”, al agregar o permitir que se agregaran continuamente nuevos dolientes y familiares.

Este espacio ha posibilitado la contención en instancias puntuales como la desprotección de algunas participantes en situación de violencia familiar, crisis de pacientes de salud mental, contención de familiares de usuarias y contención de mujeres en extrema vulnerabilidad.

Durante el proceso se participó de todas las fiestas del tomate, fiesta propia del pueblo, muy conocida en la comarca. Cada

fiesta significó la organización de las mujeres, atender a los horarios para cubrir el stand lo que significa disponer de gran cantidad de horas. Cuidar la producción a presentar, los recursos, los materiales.

Permitiendo que sintieran sus familias su protagonismo social, les dio reconocimiento de sus seres más queridos. Necesidad básica específicamente humana evidenciada al ver que ellos ajustaban la situación familiar a lo que requería llevar a buen puerto su emprendimiento.

Se realizaron seguimientos de evaluación por Ley Provincial N°3040 contra la Violencia Familiar, a pedido del Juzgado de Familia. Luego del segundo año de funcionamiento del grupo, el Juzgado de Familia comenzó a enviar Solicitudes de evaluación. De esta manera se puede observar como el grupo ganaba espacio y reconocimiento en el concreto campo institucional. Se comienza a satisfacer necesidades y defender derechos como dispositivo grupal, consiguiendo desde el aspecto formal la aprobación de otras entidades fundadas en campos normativos institucionales distintos, como el de justicia.

Hubo encuentros con el grupo de mujeres de Luis Beltrán. Encuentros que tomaron forma de autocrítica para ambos grupos. Las dinámicas de ambas agrupaciones tenían acentos especiales; en el caso de Luis Beltrán el espacio estaba abocado a lo lúdico, al encuentro en un espacio recreativo. En tanto el grupo "Cosas Mías de Lamarque ponía el acento en lo productivo.

De esta manera los grupos pudieron ver espacios de trabajo diferentes, distintas actividades que podrían desarrollar. Y atendiendo a cómo otro grupo estaba trabajando, se enriqueció la mirada de cada uno sobre lo que estaban haciendo. Y fue de esta manera que se pasó del compartir grupal al intercambio institucional en los encuentros con otros. Y dado el reconocimiento de existencia de ese otro se abrió la posibilidad de reconsiderar la propia identidad en permanente construcción.

Al momento se sostiene como espacio tanto de participación solo interesados en lo grupal-productivo como de atención y derivación para mujeres en situación de vulnerabilidad.

Lo usan como recurso de ayuda social o terapéutica, en especial, los servicios de Salud Mental Comunitaria, Servicio Social hospitalario y Secretaría de Desarrollo Social de Municipio.

Retomemos la idea de la Lic. Cirera, de que la Desmanicomialización se siente, se vive, se hace.... con los establecimientos o dispositivos institucionales que se tengan o sin ellos. Y completemos diciendo que se realiza con políticas estatales a favor o con sus ausencias.

La Desmanicomialización debe ser entendida como parte constitutiva de un hacer social guiado por el valor del bienestar de las personas. Algo independiente de las técnicas que se usen, de los recursos que se posea e incluso de las resistencias que se le opongan.

LOS DESAFÍOS DE VIVIR EN LIBERTAD.

Andrea Mancardo

Pequeña introducción.

La Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” posee un camino recorrido de más de 25 años. Con este humilde escrito, se quiere aprovechar la oportunidad para expresar un reconocimiento a su trayectoria, su historia, a quienes la cargaron sobre sus espaldas; pero por sobre todo, a los logros obtenidos. Logros, que muchas veces no son palpables a simple vista; logros que se materializan en condiciones de vida digna. Logros que muchas veces pueden parecer pequeños para terceros, pero no así para quien le cambio su vida. Lo que fue, lo que hubiera seguido siendo y lo que es.

Sin embargo, la historia de la desmanicomialización rionegrina, más allá de ser una realidad palpable, aún se encuentra en construcción. Una construcción que avanza a la par de la deconstrucción social de la estigmatización de la locura.

Gradualmente suma nuevos aportes, teóricos y prácticos, que la enriquecen y afianzan contra los permanentes avatares y cambiantes condiciones sociales y políticas a las que debe enfrentar.

La desmanicomialización rionegrina tiene un aval científico, técnico y legal que no existía hace 25 años: La Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), el Informe Mundial de la Salud (OMS, 2001), la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2010) y el Nuevo Código Civil (2014) le otorgan una solidez sin retorno.

Sin embargo, si bien la normativa vigente se ha adecuado al nuevo paradigma, corre el riesgo de caer en un saco roto si las prácticas cotidianas desde los organismos que deben aplicarla no las ponen en práctica. Perspectiva de DDHH; garantías individuales;

criterios de integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad; abordaje con y en la comunidad; participación de terceros en los tratamientos; acompañamiento familiar, comunitario e inclusión social; son algunos de los principios rectores de los quehaceres en esta dirección.

La ley nacional parte de la presunción de “capacidad” de las personas; y plantea la internación como un recurso válido, mientras sea necesario como recurso terapéutico o esté en riesgo la vida de la persona. La plantea lo más breve posible, manteniendo los vínculos familiares y afectivos y que la decisión sea tomada interdisciplinariamente; con el consentimiento informado. La internación nunca debe ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales. La falta de recursos, de una familia, de una vivienda, llevan en ocasiones a prolongar las estadías en las internaciones; prácticas que deben ser erradicadas.

El art. 51 del Código Civil habla sobre la Dignidad Humana como inviolable de la persona. La “Centralidad” de la “Dignidad Humana” e inviolabilidad de la persona Humana nos indica que todo Ser Humano tiene Derechos en cualquier circunstancia y merece el reconocimiento y respeto de su dignidad. La Carta sobre Derechos Humanos de las Naciones Unidas dice “La Libertad, la Justicia y la Paz tienen como base el reconocimiento de la Dignidad inherente a todo Ser Humano y de sus Derechos iguales e inalienables”. También el art. 3ª de la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad dice “... respeto a la Dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones y la independencia”.

Toda la normativa y tratados hacen hincapié en la “Dignidad” de la persona, con base en la Libertad y la autonomía.

Para completar esta introducción, podemos citar a Benedetto Sarraceno, quien afirma “La SM es mucho más que tener una sala de atención ambulatoria en la comunidad. Tampoco es solo un conjunto de casas de medio camino u hogares protegidos. La SM no hay que reducirla a una cuestión de ingeniería institucional: casas, casitas, dispensarios, camas, centros de salud... estas, son

solo contenedores. La vida de una persona, no se reduce solo a tener una cama o una casa. El abordaje de la SM es mucho más complejo y más amplio. Es un mundo de relaciones en las que a una persona vulnerable se le brindan oportunidades para aumentar su intercambio afectivo y material con el entorno”.

Adelina

“Hace algunos años, desde Salud Mental Comunitaria del Hospital “Francisco López Lima”, en consonancia con la Dirección Provincial de Salud Mental de ese momento, plantean la posibilidad de avanzar en “desinstitucionalizar” aquellos pacientes oriundos que se encontraban internados en monovalentes fuera de la provincia.

De esta manera, se planifica una estrategia de abordaje integral, con un equipo de referentes desde el Servicio de Salud Mental del Hospital local. La necesidad de armar un equipo de trabajo referente, en teoría no sería necesario, ya que los usuarios de Salud Mental Comunitaria, no son míos, tuyos o del otro, son de todo el servicio. Verdad de Perogrullo. Sin embargo, sabiendo las características de cada servicio y del ser humano en general, si no se pone a cargo un equipo interviniente, se corre el riesgo que nadie se de por aludido. Es uno de los tantos asuntos que debe afrontar la desmanicomialización.

Adelina, oriunda de General Roca, Provincia de Río Negro, se encontraba internada en un neuropsiquiátrico en Provincia de Bs.As; lugar al que recayó al finalizar su adolescencia. El equipo de Salud Mental Comunitaria, se pone en campaña de arraigarla nuevamente en su lugar de origen y comenzar un tratamiento gradual de resocialización e inclusión social; como bien marca la ley y en consonancia con la teoría y metodología de inclusión social comunitaria de las personas.

Llevaba algunos años en dicha comunidad; y anteriormente había estado otro lustro en un hogar de menores de la ciudad. La mayor parte de su vida, había estado institucionalizada, pasando por

diferentes programas sociales, sufrido discriminación y maltrato por parte de su familia, las instituciones y la sociedad. Desconocía de las reglas y principios básicos de convivencia en sociedad. El Estado y sus Instituciones, más allá de las buenas intenciones, los buenos programas y la calidad humana de sus trabajadores; debe hacer un mea culpa y una revisión de sus prácticas, cuando luego de acompañar durante décadas a una persona los resultados no son los esperados. Será la autoridad pertinente quien se debe hacer cargo de hacer los enroques necesarios. No hay ninguna manera de que se pueda modificar algo sin que haya al final de la cadena personas modificando sus acciones; o modificando los eslabones de la cadena.

Cumplidos los trámites burocráticos, se concreta el traslado. Se “aloja” temporariamente en la casa de medio camino dependiente del Servicio de Salud Mental Comunitaria, el instituto “Nuestra Casa”, donde había algunas camas, y atención personalizada por parte de trabajadores de Salud Mental.

Era una persona de características huraña, altamente demandante, y con actitudes violentas; características adquiridas por su historia de vida cernida por la violencia en todas sus formas y por haber pasado gran parte de su vida en instituciones de encierro.

Poco a poco, va incorporando nuevas normas no sin antes pasar por conflictos con los otros usuarios. En este nuevo estado de libertad, se va adaptando al polvoriento barrio de una bella ciudad. También comienza a tener nuevos contactos con su propia familia, por decisión propia.

El transcurrir de su nueva vida cotidiana, con nuevos compañeros, va reconfigurando su mundo interior. Deja de ser solo una estadística (cama, patología) para pasar a ser una compañera, una usuaria, una vecina, una ciudadana con todos sus derechos y garantías, como así también sus deberes y funciones. Gradualmente va incorporando nuevos hábitos, nuevas responsabilidades y obligaciones que debe asumir; y por sobre todo nuevas vivencias en la azarosa vida en sociedad. Algunos de sus trámites los realiza sola, visita a su familia y algún que otro amigo de la zona. Recorre, ya no

solo el barrio, ahora también la ciudad. Va ganando en confianza y gradualmente va adquiriendo autonomía e independencia y con todo ello, una nueva visión autorreferencial.

Un par de años después, en vista de su evolución, se le brinda la oportunidad de alquilar su propio departamento, lo más cercano posible a “Nuestra Casa”. Disponía de una pensión económica, lograda luego de trámites y gestiones.

El manejo de dicho dinero también llevo sus conflictos. Es natural, que el haber vivido toda una vida sin tocar dinero, este la deslumbre. Un mes, se gastó la pensión completa en perfumes de una fina perfumería. En otra ocasión, comienza a pagar una moto 0Km en cuotas. O aquella vez en que se compró el equipo de audio más grande, aparatoso y luminoso, y que no alcanzo a escuchar porque se lo “llevó” un amigo. Ni hablar de las veces que también le “prestó” todo lo que tenía a sus amigotes. O los varios meses donde su familia se le acercaba y le suplicaba por dinero, entregándole el dinero de todo el mes ¿cómo no los iba a ayudar si para ella son su familia?... y así todos los meses.

Periódicamente, todos los meses, se presentan tironeos con el dinero de su pensión: con la figura de apoyo judicial, con el equipo acompañante, con su familia, con el banco, con quien le alquila, con el almacén de turno, con lo que va perdiendo y tiene que reponer, con el enésimo flete para la mudanza, etc, etc, etc.

Pasados varios años que vive sola; aun hoy día, su pensión no pasa los primeros días del cobro. Lo mismo que nos pasa a casi todos.

Luego de estas y varias vicisitudes anecdóticas más, se decidió que sea su defensora del poder Judicial quien garantice el pago del alquiler de su propia vivienda; entregándole el resto para que ella decida cómo gastarlo.

Comienza de esta manera, una nueva etapa en su vida, la de aprender a vivir “sola”. Mantiene los vínculos con Salud Mental, en particular con el Instituto “Nuestra Casa”, para el sostenimiento de su tratamiento, como así también el acceso al almuerzo y apoyo psicosocial.

Sus años de crecimiento social y personal no fueron todo color de rosa. No faltaron las peleas y conflictos con los vecinos, con el barrio de turno, con la policía. Todo, fue constituyendo un permanente aprendizaje, tanto para Adelina, como para quienes la acompañábamos o interactuamos cotidianamente con ella.

Un interesante recurso terapéutico se incorporó en la vida cotidiana de Adelina: la incorporación de una mascota a su cuidado. Adelina vivía sola, generalmente en monoambientes, y la incorporación de una pequeña mascota a la que divisaba como un ser más frágil, más indefensa y con más necesidades que ella misma; constituyo un importante quiebre en su personalidad. Lentamente, fue pasando de aquella persona con dificultad en expresar sus emociones, fría y distante; a demostrar afecto y mostrar mayor apertura y autovalidez. Lo defendía y cuidaba como a un hijo, lo atendía, incluso tenía nombre de persona y su mismo apellido. Mientras pasan las personas, “Bruno” la acompaña hasta nuestros días.

También tuvo sus idas y vueltas con amigos que le fue dando la vida en libertad. Y con estos, los conflictos con la ley y la policía.

Pasado un par de años, una decena de alquileres, y varios conflictos de diferente índole con los propietarios que siempre terminaban expulsándola por agotárseles la paciencia, surge la necesidad de construir su propia vivienda.

Luego de un año de idas y venidas con el municipio para que se le otorgue un terreno; que se le venía negando; se realiza un informe minucioso a su Defensora Judicial y a la jueza de familia interviniente para que oficie de intermediaria en dicho trámite que no prosperaba por las vías administrativas.

El municipio, entrega el terreno; a la vez que Desarrollo Social hace un desembolso de dinero para comenzar la construcción.

Adelina deseaba una casa grande: dos pisos, varios baños, una despensa, dormitorios para su familia y sus amigos, y un patio amplio para Bruno. El equipo interdisciplinario acompañante,

necesito trabajar también este tema junto con Adelina. Se realizó un paseo con ella, por un barrio de construcción de casas ecológicas, trabajando la toma de conciencia del escaso dinero que disponía. Hubo resistencia en un principio, pero gradualmente fue tomando conciencia de la realidad.

Un corralón dona las aberturas y otros materiales. Con un dinero de Adelina que tenía su defensora se compran los ladrillos de adobe para confeccionar una casa ecológica; cuyos planos lo realiza la Escuela Industrial con Orientación a Maestro Mayor de Obras. Sus alumnos concurren a levantar paredes como parte de sus prácticas estudiantiles; aunque el trabajo más arduo y sistemático de construcción lo realizaba un operador en Salud Mental Comunitaria; quien también es parte del equipo de trabajo que acompaña en la vida cotidiana a Adelina.

Adelina también fue parte de este proceso: colaboró pensando y diseñando los espacios de su terreno y vivienda, teniendo muy presente siempre los espacios para Bruno. Seleccionó algunos lugares para parquizar, eligiendo especies de Árboles y flores.

Otros usuarios de Salud Mental, concurren a la obra ayudando en distintas tareas, incluso la de cebar mate; como espacio terapéutico-curativo. Se crean vínculos con los vecinos, quienes también colaboran con agua y electricidad; o facilitando espacios para guardar herramientas.

Todo este proceso llevado a cabo por diferentes actores individuales u organizacionales, interactuaron dialécticamente, creando y re-creando nuevas miradas, nuevos vínculos y nuevas emociones.

Al cabo de casi un año de obra, la escena finaliza, dando comienzo a una nueva.

Hoy, Adelina ya se encuentra en su propia vivienda de la que nadie podrá expulsarla, de la que dispone escritura. También dispone de dinero de la pensión; y mantiene los vínculos con Salud Mental para el acompañamiento en su integración y tratamiento. Continúa asistiendo diariamente a “Nuestra Casa” a recibir su

medicación y a visitar viejos conocidos; como así también recibe visitas domiciliarias periódicamente.

Pero sin duda, el principal logro es que Adelina hoy es protagonista de su vida ejerciéndola con libertad, construyendo su proyecto de vida” (...)

Ideas finales.

El caso descrito, es una gota en el océano de las prácticas comunitarias cotidianas de un servicio de Salud Mental Comunitario. La estrategia de trabajo parte del nuevo paradigma centrado en los derechos y amparados por la nueva legislación nacional. Se propone la participación activa del Usuario, su familia y su entorno, en el proceso de atención orientado a obtener o mantener el máximo grado posible de autonomía y bienestar. El Usuario, tiene derecho a participar de todo lo que atañe a su vida. La participación democratiza las relaciones, construye ciudadanía, fomenta la autonomía y el control sobre los sucesos de la vida. La participación lleva al empoderamiento de los espacios, de las relaciones, de las organizaciones, de las toma de decisiones, etc.

Desde la salud mental comunitaria, se tiene como finalidad de nuestras intervenciones la inclusión social de la persona con padecimiento mental en los espacios sociales, culturales y políticos; tratando de restituirle derechos que le fueron quitados y negados; sufrimiento mental provocado por la exclusión y marginación social padecida durante casi toda su vida. El logro de una Sociedad inclusiva, donde tengamos ciudadanos plenos y efectivos de derechos, de participación plural y democrática, respetando nuestras diferencias y colaborando mutuamente; nos permitirá vivir en una sociedad más saludable; de crecimiento y felicidad para el conjunto de sus miembros.

El trabajo con Adelina nos muestra múltiples facetas del trabajo comunitario en Salud Mental. Por un lado, el trabajo en equipo y multidisciplinario, articulados a través de la interacción y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, fue

posibilitando la construcción de nuevos conocimientos y renovadas prácticas. También, la implementación de estrategias terapéuticas que se van pensando, repensando y modificando durante el abordaje. Estrategia que no es inmutable; teniendo en cuenta la realidad compleja y variable de la vida cotidiana donde se llevan a cabo nuestras prácticas.

Más allá de las distintas miradas profesionales, de los diferentes actores acompañantes y de la cambiante estrategia de intervención; la finalidad es clara y su marco procedimental también. La finalidad de nuestro tratamiento es la inclusión social, ayudar a los sufrientes mentales para que encuentren un lugar digno donde desarrollarse en su vida cotidiana. Esto, enmarcado en procedimientos centrados en la dignidad, la libertad y el respeto por los Derechos Humanos en general del sufriente mental.

En la Argentina del bicentenario, se avanzó en el nuevo paradigma de Salud Mental: hacia la multidisciplinariedad y el respeto por los Derechos Humanos. Se creó la nueva Ley de Salud mental que es resistida por diferentes cuadros de poder. Paralelamente, en un contexto general de dominio del capital financiero y el neoliberalismo, continúan colonizando la subjetividad tanto en el quehacer profesional como en la sociedad civil. Es importante tener en cuenta todo esto, para comprender que las leyes por sí sola no logran su aplicación real ni su cometido.

Las personas con sufrimiento mental crónico sufren, además de las discapacidades u otros problemas específicos derivados de su padecimiento, las consecuencias del prejuicio social. El estigma y la discriminación determinan y amplifican en muchos casos las dificultades de integración social y laboral; y como círculo vicioso, vuelve y afecta nuevamente. Este es otro de los tantos motivos por los que quienes trabajamos en salud mental comunitaria, operamos en lo social, operamos en la vida cotidiana, buscando recrear vínculos y rompiendo mitos y prejuicios.

Hablamos de procesos. Como se puede observar en el relato de experiencia; para lograr que Adelina pueda empoderarse de espacios comunitarios, pueda vivir sola, ejercer su autonomía y haya

ganado en confianza social; se recorrió un camino gradual, donde fue crucial el acompañamiento del equipo interdisciplinario y la interacción social en la vida cotidiana.

De igual manera, se hace hincapié en la importancia de trabajar intersectorialmente y colectivamente. Los padecimientos mentales, no son solo un tema de salud pública; sino que por su complejidad, requiere involucrar a toda la comunidad a través de sus instituciones y la sociedad civil. La intersectorialidad es uno de los ejes fundamentales, del marco conceptual del programa provincial de salud mental. Esta intersectorialidad, en el ámbito comunitario, busca activar recursos que la comunidad tiene, para dar respuestas a la problemática, evitando etiquetar a las personas con rótulos estigmatizantes, favorece la inserción social y disminuye la marginación y exclusión social.

Como venimos diciendo, la importancia de estos “tratamientos”, tiene múltiples finalidades. Primero, se destaca la revalorización del sujeto como protagonista de su destino respetando sus derechos básicos de Ser Humano; y en segundo lugar, el aporte invisible que hace en cuanto al derribo de prejuicios en la comunidad. Más allá de algunos conflictos particulares o focalizados, en general se va recreando una nueva mirada sobre los padecimientos mentales de tolerancias mutuas y de integración paulatina a la rutina comunitaria.

Este proceso, lleva un tiempo. El miedo y desconfianza de un principio debe ir evolucionando, como todo proceso social, paulatinamente, en un nuevo estadio de colaboración y convivencia. Por este motivo, es importante que las políticas públicas comunitarias implementadas desde el Estado en materia de Salud Mental, requieran de continuidad en el tiempo. Deben superarse las circunstancias políticas pendulantes, características de nuestro país. Para lograr ver resultados firmes y estructurales, se requiere de un largo proceso que lleve al final a un cambio de paradigma y con ello un cambio en la estructura de pensamiento social.

Cuando las corporaciones toman el Estado transforman los derechos constitucionales en gastos de caja. En tiempos

neoliberales, hay que tener especial cuidado con la desinstitucionalización sin un respaldo. Este es otro de los puntos de conflicto y en los que hay que prestar atención. Hay que trabajar con cuidado para que no se retroceda intentando avanzar.

Siguiendo con cuestiones críticas; otro de los aspectos a revisar con tantos años de implementada la ley, es el paulatino corrimiento del modelo Médico hegemónicos que tanto se criticó, a un nuevo modelo que podríamos llamar Psicólogo hegemónico, con grandes vicios de atención clínica. Luego de años de búsqueda de reemplazar el modelo psiquiátrico tradicional, se ha logrado implantar un nuevo modelo hegemónico, no menos clínico que el anterior; que no deja de mantener un modelo de atención tradicional (médico-paciente). Los cambios y avances son lentos, casi imperceptibles, pero existen. Están allí, están aquí como lo hemos mostrado, y se multiplican.

Nunca hay que olvidar que si pensáramos que nada puede ser cambiado; pues realmente nada cambiará. Además, el optimismo en la lucha dará sentido a nuestras prácticas, a nuestra profesión, y las hará más apasionantes. Reconocemos que la práctica de la integración es más laboriosa que la de la aislación o depósito; pero infinitamente más enriquecedor como seres humanos. Y dejemos la rutina y frustración para quienes no creen en ella.



Foto: Jonathan Plaza

LOS BENEFICIOS DE COMPARTIR

Alina Durante

La salud mental es frágil. Y todos los seres humanos somos diferentes. Todos reaccionamos, sentimos, pensamos y obramos de manera distinta a las diversas situaciones que acontecen en la vida. Unos son más fuertes que otros, o más débiles; según el caso. Aun así, todos tenemos algo en común: alguna que otra vez hemos comprobado que nuestra salud mental es frágil, repito, pero por sobre todas las cosas hemos comprobado que no funcionaríamos en completa soledad; por el simple hecho de que compartiendo todo se es más llevadero.

A lo largo de mi vida debo decir que me fui retrayendo, que llegado un punto no fui capaz de comprender el sentido de compartir; de relacionarme con los demás a cambio de compañía. Siempre estuve rodeada de personas, eso sí, pero no siempre supe entablar una relación con ellos. Siempre creí que esto de los grupos era algo horrible, estar en comunidad nunca fue lo mío y los amigos nunca me duraron lo suficiente. Afortunadamente, con el correr de los tiempos eso cambió. Comencé un tratamiento (el cual admito muchas veces rechacé por ese miedo a hablar, a compartir) y poco a poco fui reconociendo mi malestar, pero por sobre todas las cosas, fui reconociendo mis deseos de bienestar; de ser feliz, de tener amigos, de querer estar mejor. Me fui interesando por participar en grupos y me di cuenta de que compartiendo ya no estaba tan sola, especialmente me di cuenta de que habían/hay otras personas como yo y que eso se siente muy bien... El simple hecho de saber que lo que uno vivencia en su mente y en sus días no es algo fuera de lo común y que finalmente no estamos solos por más que así lo parezca muchas veces.

Es por eso que ahora me doy cuenta y creo firmemente que estar en grupos y en comunidad es algo tan saludable y beneficioso.

Dedicar aunque sea un minuto de nuestras vidas a compartir algo con otras personas, por más mínimo que sea, es reconfortante. Juntarse a dibujar y pintar, leer el diario entre todos, aprender a tejer y actuar son algunas de las actividades que he realizado y realizo. Y a veces quizás pueda parecer una pavada tomarnos un rato de nuestro tiempo para pintar, por ejemplo, pero en el momento en que lo estamos haciendo nos logramos avocar a dicha acción y si nos fijamos bien es probable que nos olvidemos de eso que no nos dejaba hacer más que pensar, pensar y pensar. Y no es que sea malo pensar, pero bueno, a lo que voy es que estas actividades nos transportan a otra dimensión. Una dimensión en la cual probablemente nos sintamos bien. ¿Y qué mejor que realizar dichas actividades con alguien más? Escuchar, ser escuchados, poder hablar sin temor a ser rechazados, poder decir lo que uno piensa, mostrar nuestro arte o conocimientos a otra persona, reír... Son cosas que en cierta forma nos cuesta un poco (o mucho) expresar pero que tarde o temprano lo logramos llevar a cabo. Simplemente basta con dar el primer paso.

Hoy, lo que yo puedo decirles, desde mi experiencia, es que lo intenten. Después, ya no van a querer volver atrás...

Alina Durante 04/04/16

EXPERIENCIAS VIVIDAS E HISTORIAS EN LA DESMANICOMIALIZACIÓN...

Ramón Domínguez

Primera Historia de Vida: ¿Utopía o Posible Realidad?

Un niño, solo un niño de doce años de edad, con carácter de hombre sufrido por dentro y por fuera. Con la mirada exultante clavada en los que lo rodeaban, como con furia y miedo, como latente de lo que ocurriría en los siguientes instantes, nada parecía contentarle ni siquiera el plato de comida que su madre le acercaba ...y... claro lo que no veíamos era la sogá, que apretada a sus pies, lo limitaba en su accionar, en su pensar, en su decir, solo apretando los dientes y dejando escuchar un quejido ante lo desconocido. Por momentos su mirada se tornaba ida y como buscando un horizonte lejano atraía a su mente los deseos de su corazón que por el momento estaban trancos, esa maldición... sogá lo sujetaba al suelo y ni siquiera ya su imaginación podía volar... y cómo hacerlo si su madre no tuvo la mejor idea que atarle con una sogá los pies al tronco, justificando que “está muy desobediente se escapa” “Está terrible” “no se lo puede dejar suelto”... ¿Perdón?... ¿Estamos hablando de su mascota o de su hijo?- Nooo de este chico (el hijo) y lo apunta, él con sus dientes apretados solo atina a patear con sus piecitos descalzos la tierra y apretando los puños daba golpes al aire; no podíamos dar crédito a lo que veíamos, pero era una cruda realidad en plena era dos mil, se nos caía el alma a pedazos y hasta brotaba un lagrimón al ver a ese niño a quien llamaremos Pedro (Nombre cambiado) y no supimos su nombre hasta un buen rato de charla con su madre (Juana) Nombre cambiado, ya que a ella le costaba nombrarlo por su enojo con él; claro...fueron asistentes sociales, psicólogos, clínicos a verlo y cerciorarse del comentario que

recibieron de un amigo de la familia, de no ser así hoy tendríamos a otra persona.

Fue toda una experiencia dura con Pedro y su madre Juana en un tratamiento terapéutico, trabajando por separado y en ocasiones juntos, a fin de vencer la resistencia de ambos, ya que tanto el hijo como la madre pasaron por infancia lúgubres, y lo que estaba sucediendo era el calco del pasado, alcoholismo, violencia familiar, abusos, maltratos eran el menú diario y ... ¿Cómo pedirle peras al olmo? Una mujer sometida en todo sentido, no conocía otros parámetros, ya que su esposo con problemas con el alcohol no le brindó en la vida una mejor experiencia, y es más, su hijo Pedro lo vio morir de cirrosis a sus pies, teniendo solo 6 ó 7 años; y de allí en más la incertidumbre en manos de una madre sin estructura para sostener un hogar con 4 hijos.

Volviendo a Pedro, quien ya liberado de su atadura y bajo tratamiento, aún con su trauma de infancia interrumpida y perdida, mirando un mundo o su sociedad con bronca, rencor, odio, como él en ocasiones manifestaba, veía a una familia con niños y se enfurecía. Y si podía hasta los apedreaba sin tener motivos y resultaban sus acciones, no pocas veces, en denuncias a la policía y al servicio de salud mental, exigiendo intervención, la cual ya estaba sucediendo con terapias familiares y tratamiento medicamentoso, abriéndole puertas a dispositivos Hogar de Tránsito, salidas de recreación etc. Llevó varios años de interrelación con comerciantes con vidrios rotos por Pedro, familias asustadas y temerosas por sus hijos ya que la mirada de Pedro no era la más tierna; solo mirando a través de sus ojitos negros brillosos podíamos ver a un niño (Pedro) un niño con sus sueños, si los tuvo, rotos, comiendo y durmiendo mal, sin juguetes propios, sin afecto paterno ni materno, solo reprimendas, golpes, gritos y palabras descalificadoras. Su estructura corporal flaca, desgarbada, menuda, pálida, un rostro rústico avejentado, deja ver el sufrimiento de alguien que perdió años preciosos de juegos, risas y... en el rostro y postura de su madre no es muy diferente ¡Cómo nos marca la vida!

El hoy, a 20 años de aquello vemos a una madre rehaciendo su vida con un hombre que la cuida, respeta y provee para su hogar, sus otros hijos (uno asesinado) y el resto hicieron sus propios hogares y Pedro vive con su madre, se lo ve bien, si bien no esboza una sonrisa, no juega, no hace chistes ni los entiende, solo mira a su alrededor sin entender mucho, pero va a trabajar vaya a saber a dónde o a quien, pero él va, es uno más a su alrededor, ya no hay familias temerosas, no más piedras ni vidrios rotos, camina inmutable hacia algún lugar y vuelve a su hogar sin más, muy dentro suyo quedaron personajes de Silvester Stallone (Rambo, Rocky) o el increíble Hulk, nunca un osito panda o un Topo Gigio, pero sí en su pasado quedaron años de sueños rotos irrecuperables; lo aprendido: es saber que conforme el hombre siembra cosecha, y que lo que nos pasa en la niñez nos marca para siempre y que aunque saquemos el clavo el agujero queda, en ese corazoncito de Pedro, y también en el de su madre y por qué no en el de su padre y otros anteriores porque les faltó el condimento esencial e irremplazable : “El Amor”.

Segunda Historia de Vida: la de “Sergio o Caleuche”

Para hacer un paralelismo en historias de vida conocimos a Sergio con 13 años, un purrete, nacido y criado en una familia con alto consumo de alcohol, padres abandonicos y expulsivos, sin sentido de la responsabilidad, empañados por el consumo constante de alcohol, madre sometida con varios hijos, Sergio comía cuando podía, y si alguien les alcanzaba algo, su vivienda pequeña, una sola habitación, sólo dos camas para cinco personas, piso de tierra, paredes de cantoneras y forrada con cartón, techo con chapas de rejunte, su calefacción un tacho roto donde podían hacer fuego y cocinar cuando había algo. Eso sí, nunca un vaso de leche, yogurt, queso o dulce de leche, sólo sobras de alguien, miseria por donde se mirara, su patio, piedras y más piedras ya que vivían a 30 metros del Río Quemquemtreu; algunos troncos, sauce y algún hacha desafilada con poco astil con el cual sacaban algunas astillas

para hacer fuego. Y a Sergio a su tierna edad de 5 años ya le tocaba hacer leña, mientras otros niños comían, jugaban, reían, él en silencio solo levantaba el poca hacha y hacía astilla; sus hermanos (4) corrieron igual suerte en ese tiempo, infancia feliz cero, solo sufrimiento; en un momento de su alcoholismo su padre lo tiró al río para que se ahogara y un vecino que pasaba un tal Soto, lo sacó del agua salvándole la vida, hoy a los 38 años aún lo recuerda y agradece.

A los 13 años Sergio incursiona al Hospital y comienza un tratamiento en Salud Mental, pero su comportamiento áspero y violento no permitía un accionar del Equipo de S.M. y fue derivado a un Hospital Psiquiátrico Montes de Oca donde estuvo internado durante doce años hasta que una residente que había pasado por este Servicio (Marisa) quien entabló conversación con Sergio y pudo enterarse de su origen y se comunicó con el S.M. de El Bolsón y vaya alegría que nos dio ya que desde que se fue hace 12 años no supimos más de él y en esos años en esa institución habían extraído órganos de enfermos y negociado y pensamos que Sergio pasaría por la misma suerte, pero zafó y hoy su realidad es otra.

Mientras estuvo internado, le dieron un trabajo en el predio de la Institución para cuidar y criar cerdos, conejos y una huerta y le pagaban un pequeño “peculio” para sus vicios y hasta tenía una noviecita, su madre con deficiencia también, no lo reclamó nunca, hasta que apareció acá en Bolsón recién se encontraron, pero costaba que congeniaran y la convivencia se hacía difícil y hasta que pasado los años se encuentran con su hermano (Antonio) de Neuquén, que es menor que Sergio, pero corrió mejor suerte, pero que le tiró una buena mano, lo invitó a su casa y le facilitó una salida laboral, lo vistió, le alquiló un departamento y hasta le compró un celular. Ya lleva sus diez años que Sergio vive en Allen, con su hermano que siempre se ocupa y lo trata bien, y hoy no se medica, trabaja y escucha música; de hecho ha logrado comunicarse con el otro, en mejor tono y escuchando y respetando su tiempo y lugar, viaja solo y hasta se toma unas vacaciones para venir a El Bolsón a visitar a sus amigos.

Conclusiones

Como vemos en ambos casos ha triunfado el amor, si bien en la primer historia tuvieron que interceder las instituciones y facilitar el vínculo madre-hijo, en el caso siguientes el vínculo entre hermanos afloró y pudieron pasar a otras instancias, de hecho el amor incondicional no tiene límites ni fronteras y lo puede todo; el ser humano por naturaleza es egocéntrico, mas cuando abre su corazón y comparte lo que de Dios recibe llega a cambiar a otros y esto lo lleva a ayudarse a sí mismo.

LA VUELTA DE SERGIO O CALEUCHE* **“OTRA GENTE QUE ANDA”**

Marisa Lemos

Dedicado a Sergio y a aquellos que navegaron conmigo en
este trabajo

*“el destino de la especie humana será decidida por las
circunstancias de sí –y hasta qué punto- el desarrollo cultural logrará hacer
frente a las perturbaciones de la vida colectiva emanadas del instinto de
agresión y de autodestrucción.”
S. Freud “El malestar en la cultura”*

Aunque el siguiente trabajo pueda leerse como parte de un hacer clínico, del tratamiento de un chico de un hospital especializado puede leerse sobre todo como un recorrido por nuestra cultura, por las condiciones de violencia que generó nuestra sociedad, y de cómo esta violencia fue y es duplicada por las instituciones de salud de las que somos parte. Pero además de cómo esa misma cultura pudo hacer posible en este caso instrumentar los medios necesarios para revertir dicha violencia, o al menos detenerla.

El tratamiento de Sergio no fue sólo una tarea de prótesis, para emparchar sus sufrimientos, sino que fue un trabajo de ayuda a repararse, donde se está reparando también uno mismo en el trabajo con la cultura, la que me generó tanto a mí como a Sergio.

Por eso la microclínica se articula aquí fuertemente con la macroproblemática de lo social, los problemas de salud mental y los problemas de las instituciones.

“La violencia no elaborada, la violencia sufrida y no digerida de lo institucional, la violencia de la pérdida de cuidados sociales genera una violencia mayor que se aposenta mansamente. La violencia existe de una manera evidente para una gran mayoría que

la soporta, haciendo elaboraciones individualistas, escépticas, desintegradoras, desmovilizantes, desmovilización que está ayudada por el sistemas social. (...) Me hace pensar como marco referencial: la violencia en la familia del psicótico.”

Vicente Galli “Los psicoanalistas como elaboradores de la cultura” Posdata 4. Ed. Homo Sapiens.

El Origen

Sergio nació el 3 de octubre de 1978 en la localidad del Bolsón, en la Pcia. de Río Negro.

Dice el resumen de su historia clínica del Hospital de Área de El Bolsón donde permaneció internado más de cinco meses:

“se trata de un niño abandonado y recogido por el Hospital en condiciones penosas (...) su núcleo familiar desaparece, el padre por alcoholismo, internación en un asilo y franco desapego al niño. La madre inicia una nueva pareja, tiene hijos de varias de estas, y desaparece del pueblo.”

Este resumen escrito por el director del hospital continúa con una descripción de la conducta del niño la cual considera causada fundamentalmente por su epilepsia, minimizándolo como caso social y de retraso madurativo:

“...en suma no se trata sólo de un caso social. No se trata de un retraso madurativo. A mi entender su epilepsia es lo primordial.”

Aquí el sujeto desaparece para hacerse todo organismo.

Su informe tiene como objetivo ir creando su derivación hacia el Instituto Montes de Oca en la provincia de Buenos Aires. Nombra al pasar una experiencia que se estaba llevando a cabo para la guarda transitoria en una familia, la cual desestima por tener para él “dudoso pronóstico”. Concluye este resumen fechado el 23 de octubre de 1987, diciendo al respecto de esta estrategia que venía implementada desde el servicio de salud mental y social del hospital:

“En esto debo decir que juega un poco la subjetividad de todos, que somos muchos pues la última oportunidad que tendría

Sergio de permanecer en el medio geográfico que lo vio nacer. Pero como las subjetividades hay que tenerlas en cuenta pero no para regir la conducta médica y terapéutica, se desecharán a mi entender, cuando la realidad se imponga.”

Sería necesario aquí preguntarse qué realidad, la respuesta es clara: la realidad que quizo y fue creando este director de hospital, atravesado por el paradigma de la ciencia positivista que cree en la objetividad, y termina haciendo objetos a los sujetos a los que brinda asistencia.

Sergio fue derivado desde el Hospital de Área de El Bolsón, a la Colonia Montes de Oca. Allí transcurre dos años aproximadamente y es derivado posteriormente al Instituto Galeano, donde pasa apenas unos días haciéndose su admisión definitiva en el aquel entonces Instituto Psicopedagógico José Ingenieros, hoy Hospital Subzonal Especializado en Discapacidad Mental.

Sergio ingresa a éste con 12 años de edad en 1990. Luego de seis años se le da un egreso transitorio a la Granja Hogar Esperanza y a fines de 1999 se lo reinterna en este Hospital, por no haberse “adaptado” a esa pequeña institución.

Un años después me es derivado por quien asume como Directora Asociada, quien había atendido a Sergio durante esos años apostando siempre a un egreso a una institución más pequeña que pudiera reproducir la estructura de hogar de la que fue privado Sergio. Lamentablemente no encontró allí tampoco un lugar que pudiese alojarlo.

En el marco que producen estos avatares donde las derivaciones adquieren un peso de significación sugestivo, la deriva de Sergio no parecía tener otro destino que continuar. Así sucede con la mayoría de los pacientes en estas instituciones, sus vidas transcurren por tramos metonímicos de institución en institución sin poder poner fin ni principio, sin destino y sin origen, sin metáfora.

La historia

Aquí el azar hizo su aparición cuando se me transfirió como paciente. Al comenzar la lectura de su legajo me sorprende su lugar de procedencia: El Bolsón, el mismo en que yo años atrás realizara una residencia en Salud Mental Comunitaria.

Fue fundamental como resorte de todo el trabajo con Sergio mi formación dentro del marco de la Ley 2440 de la Pcia. de Río Negro, donde el artículo 22 plantea que toda persona con sufrimiento mental que hubiese sido trasladada a otra provincia debe ser reintegrada a su lugar de origen. Esta ley es conocida también como Ley de desmanicomialización, la que prohíbe el encierro en Psiquiátricos apostando al trabajo de equipos terapéuticos formados en salud mental comunitaria, para la atención de estas personas. Esta ley es fruto del trabajo de profesionales en salud que fueron gestando a partir del advenimiento de la democracia una práctica diferente y alternativa a la del control social que se ejerce sobre las personas con sufrimiento mental dentro de las instituciones manicomiales.

Puede leerse aquí un efecto de la cultura que sostenido en la ley pudo generar el eje vertebrador de todo el trabajo que se hizo con Sergio. Un trabajo que hace justicia, y por eso principalmente origina el primer y principal efecto terapéutico: la recuperación de sus derechos humanos.

Al momento de conocer a Sergio (septiembre de 2000), se hallaba más enlentecido de lo habitual y en una etapa confusional, que se refleja respecto de su lugar de procedencia:

“quiero ver a mis amigos que están en el Berisso... cuando estaba en mi casa en Berisso con mi abuelo que murió. Vivíamos juntos en la misma casa, no vivíamos separados... mi mamá se buscó una pareja, la buscaban por todos lados y no la encontraban, ese día yo me escapé de mi casa y me fui a vender diarios... cuando apareció mi mamá me llevó al hospital me internó en Bariloche. Eran buenos los médicos hasta que me mandé una macana. Yo tiré en enfermería donde guardan los remedios, los tiré porque mi

mamá me pegaba, me pegaba, me pegaba... después yo le quise pegar a mi mamá y ella misma me internó en ese hospital...”

En el relato de su historia aparecen también elementos que dan la impresión de haber sido alucinaciones, tal vez en correspondencia temporal con el desencadenamiento de sus psicosis, en el momento de mayor vulnerabilidad psíquica que coincide con la muerte de su abuelo, figura de mayor contención afectiva:

“...después de mi abuelo me quedé solo (...) Había... ¿cómo se llaman esos autos que te siguen, esos que te atropellan? Ah... por todos lados veía al carting, después donde iba yo iba ahí el carting, cuando salía de mi casa me seguía. Ahora no. Yo me metía en la comisaría, quédate tranquilo me dijeron que lo vamos a agarrar.”

En principio su deseo se manifiesta por irse del hospital, luego por volver a su pueblo del sur.

Fue difícil su reinserción en la institución, por la problemática de sus vínculos y su competencia por el liderazgo. Dentro y fuera del hospital se hizo necesario que el adulto lo invitara a participar, transfiriéndole su propio deseo para que él pudiera expresarse, integrarse con otros e involucrarse en alguna actividad. Así pudo sumarse al Taller Protegido de marroquinería, a los talleres integrados a la comunidad del Centro de Día del hospital y al Programa “Ser desde otra mirada” en el ECAS – Estación de Cría de Animales Silvestres.

El énfasis de todo el trabajo terapéutico estuvo puesto en que Sergio pueda reconstruir su trama histórica para que se haga posible un proyecto vital. Así fueron apareciendo elementos en relación a su lugar de origen y a sus vínculos, pero sobre todo su deseo de volver allí. Se hizo entonces un trabajo de búsqueda de restos o rastros que pudieran recrear el esqueleto de su historia. Fue importante partir de la materialidad de la estructura de su legajo, el documento que probaba algo de su procedencia. Luego de leer algunas cuestiones se desata en él la posibilidad de ir ligando a una estructura algo semejante a los huesos dispersos de su pasado, recomponer y dar forma a un cuerpo con recuerdos y fantasías. Se

juega aquí su propia sorpresa con el reencuentro de este imaginario, que lo instala en otro horizonte simbólico: “Ahora me di cuenta que tenía familia.

Yo estaba mal por mi mamá, ella se portaba mal. ¿Viste que las madres a los hijos los tratan mal? Mi mamá me trataba mal y cuando era chico me abandonó. ¿Viste que yo era bebé?”

Este recuerdo lo habilita a un origen dentro de una trama social. El trabajo terapéutico abrirá otras posibilidades a estas casi certezas en torno a lo que no fue para él una familia y una madre, abrirá el espacio de lo que faltó ahí.

“Y me pusieron en la casa de una familia. Esta familia eran dos viejitos que me trataban bien. Esa familia conocí yo. Mi papá me pegaba con el cinto, yo no hacía nada. Y cuando se murió esa familia me quedé solo. Me quería comprar cualquier cosa, una moto, una bici.”

Aparece así otra existencia posible de lo familiar, hallado y perdido en poco tiempo, pero recuperado en su registro.

“El que estaba conmigo era mi abuelo, nos íbamos a pescar, era más bueno él. Yo en mi vida me sentía bien en El Bolsón porque yo pedía permiso a los enfermeros y salía a caminar un rato.

Antes vivía en una casa fea, era de madera con cama de madera, y tenía escuela y amigos, me hamacaba y jugaba al fútbol en la montaña.”

Va apareciendo el niño y otra red de referencia para su entramado subjetivo:

La familia que lo tuvo en guarda, la escuela, el personal del hospital donde estuvo internado.

“Cuando me trajeron para acá, antes tuve que ir a una cárcel y ahora estoy encerrado”

En su recuerdo los años que pasó en la Colonia Montes de Oca lo asocia a una cárcel y el transcurso en este hospital es para él una prolongación de aquel encierro.

Tanto en él como en mi la posibilidad de trabajar con un proyecto vital, que no tenga que ver con una nueva “deriva”, sino con su regreso al lugar del que no debería haber partido, nos instala

en un territorio donde fantasía, realidad y deseo comienzan a cobrar otra dimensión.

El proyecto

Así damos comienzo a un trabajo institucional, casi virtual dadas las distancias pero no por eso menos consistente, entre el equipo de salud mental de El Bolsón y el equipo de este Hospital, con la participación de dos instancias más a los fines legales: el Juzgado de Mercedes que llevaba la causa, y la Asesoría de Bariloche.

Trabajo que comienza a principios del 2001 y se efectivizará a fines del 2002. En ese gran mientras tanto transcurren momentos de tensión, esperanza, desesperanzas, descompensaciones, compensaciones y finalmente recompensaciones, en el mejor sentido de lo que la palabra recompensar pueda significar para quien, sometido ya desde lo orgánico fallado, encuentra redoblado en lo psíquico la imposibilidad de otro que pudiera alojarlo desde el deseo. Otro que en principio fue la falta de padres con lo que las funciones de éstos implican en la estructuración psíquica, y luego la falta de oportunidad o la oportunidad abortada desde lo institucional secundario que lo privó de otro lugar social que supliese al primario fallido.

Así lo irreversible del daño orgánico aparece como mínimo cuando se desplaza y aplasta al sujeto sin posibilidades de revertir su lugar social de excluido, su no-lugar.

Dar forma entonces a esa materialidad invisible de la subjetividad de Sergio, fue tomar restos sin forma para aventurar un trabajo casi arqueológico en medio de legajos muertos con la única guía de su deseo, esa dimensión que lo recondujo a otra posibilidad de vida:

“Voy a juntar plata para allá. Casi todos los enfermeros me querían mucho. No me los olvido, a Marcelina, a José Luis, a Raquel, los tengo acá (Se señala la cabeza).”

Fue importante el acercamiento de fotografías que tenía yo de mi paso por el hospital de El Bolsón, ya que sirvió de disparador de recuerdos, que iban agregando imaginario y movilizaban el deseo:

“Me gustaría aprender a leer y a escribir así mando una carta del sur hasta acá. ¿Vos sabés que extraño mucho mi pueblo? Me gustaría ser kiosquero, lustrador de zapatos, vendedor de helados y ahí ganar mi plata. Me gustaría comprarme un terreno, pido un camión de arena, cemento y ladrillo. Una vez que esté hecha mi casa compro la cocina para vivir con mi novia Paula.

Qué buena idea dije ¿no?”

Una de las estrategias para este proyecto de egreso fue organizar una programación para Sergio de actividades en el afuera institucional. Su paso por el Ecas produjo en él nuevos aprendizajes con miras a poder ser utilizados en el sur, a la vez que sirvió de generador de nuevos vínculos. Así aparece Paula, su novia, y con ella la posibilidad del armado de un nuevo lugar.

Concurrió también a los talleres del Centro de Día del hospital siendo su integración con otros chicos de la comunidad una novedad para él, donde se abría la posibilidad de otros juegos con otros diferentes.

Ya a fines del 2001, Sergio estaba en condiciones de trasladarse a su lugar, claro que los tiempos de engarce con otras instituciones en juego, hicieron que el proceso se enlenteciera y con él aparecieron circunstancias desfavorables. Así, su desesperanza se agudiza frente a la pérdida de uno de los asistentes terapéuticos que fallece en un accidente, del cual él casualmente presencia una escena posterior al mismo, cuando se encuentran patrulleros en el lugar del hecho. Luego de esto amenaza con causar su muerte caminando al filo de la avenida 520. Más tarde se descubre que oculta una navaja, él refiere sentirse amenazado. Para descomprimir la situación institucional Sergio pasará un corto período internado en el sector de enfermería, período durante el cual refiere alucinaciones. Dice llevar en él dos voces, una gruesa que sería la normal, la de él, y una finita que aparece y no es la de

él, la que le murmura amenazas y órdenes de matarse o matar. Es así que mientras habla, su modulación y tono van cambiando, y él me lo hace notar. En un corto período recompone su “voz”. En una de las sesiones posteriores dice:

“quería matarme así me iba al cielo con Ramón y mi abuelo ¿te dije que mi abuelo se murió?”

Se podría pensar que la muerte asociada al máximo abandono, reitera un circuito conocido para Sergio, quedar sin lugar en el otro, sin un sitio o deseo que pueda alojarlo, complicándose ese momento con la desesperanza de la vuelta a su pueblo, que iba retardándose.

Se me planteó éste como lugar más difícil de ocupar en la transferencia, sostenerlo a él en este deseo de vuelta cuando aparecían también mis dudas en que eso se tornara posible. La inercia de lo institucional naturalizado iba ganando terreno, y mi lugar tambaleaba por quedar expuesto a estas encrucijadas. Fue importante aquí el trabajo en equipo, y sobre todo el acompañamiento y apuesta fuerte de la dirección de este hospital con su trabajo de gestión, así como el acompañamiento de otros trabajadores del hospital que confiaron y contribuyeron con su apoyo en este desafío que aparecía frente a muchos como utópico.

A las frecuentes preguntas de Sergio por su fecha de egreso, la referencia que se inscribía era el lugar simbólico de “los papeles” que debería hacer el juez para que se cumpliera la ley. Juez que para él era el lugar del padre, de otro padre posible que pudiera instalarlo en un nuevo horizonte social.

La ley que la familia no pudo inscribir en él lo abandonaba en un lugar donde lo tanático cobraba fuerza:

“-La voz finita viene cuando me pongo nervioso

-¿Qué te pone nervioso?

- Es por mi familia que no me vienen a ver. No me importa un comino donde estén. Hacé de cuenta que mi juez no existe en la Argentina. ¿Mi juez es mi padre? ¿Mi juez es mi familia? O si no me consigo una navaja y me mato yo mismo, sino me tiro debajo de un camión.”

Luego de su descompensación, el proyecto de la vuelta perdió fuerza, y hubo que poner aún más en juego nuestro deseo para que él retomara el lugar subjetivo que había puesto a andar. Continuamos las sesiones terapéuticas para que su “voz” recobrase el lugar perdido, y simultáneamente reabríamos las múltiples transferencias puestas en juego en lo institucional, así como en los talleres y lugares terapéuticos fuera y dentro del hospital.

Sergio prosiguió su trabajo en talleres protegidos y su concurrencia a ECAS y al Centro de Día, afianzando su integración, sus nuevos vínculos e incorporando más aprendizajes.

Mientras tanto desde el hospital de El Bolsón se elevaba un informe a la Asesora de Menores de Bariloche, que describía las estrategias que el equipo terapéutico llevaría a cabo para la reinserción comunitaria de Sergio. Primero se lo alojaría en el hospital:

“hasta tanto pueda crear lazos que resulten contenedores de él, como así también afiance su capacidad laboral de manera tal que le permita arbitrar los medios económicos necesarios para vivir fuera de la institución.” (Extracto Informe del 29 de abril de 2002)

La llegada

El 1 de diciembre de 2002 finalmente pudimos concretar el viaje de regreso luego de dos años de trabajo interinstitucional e intrahospitalario, y luego de 15 años de haber sido excluido de su comunidad.

Se hace difícil transmitir con palabras el brillo que cobró su expresión a partir del viaje así como el ánimo de descubrimiento del mundo que hacía aparición en él. Todo resultaba recién descubierto y generaba su sorpresa.

En el micro, expresa, haciendo referencia a sus compañeros del hospital: “Encima debe estar llorando, Maciel debe estar llorando y Matías mi mejor amigo debe estar llorando. ¿Hace bien llorar no? Después se le pase cuando se olvide. La patada que me dio Pepe no importa, ya fue, él también me va a extrañar. ¿A vos te di un

autógrafo mío de cuando gané en bala y en carrera? ¿Llegan cartas allá? A ver si cuando llegue allá no me voy a acordar de nadie. Voy a dormir con las fotos de todos debajo de la almohada.”

Aparece el temor al olvido, pero frente a él Sergio toma el recurso de las fotos, registros concretos con los cuales puede objetivar a estos otros que contribuyeron en la construcción de su subjetividad, dándole consistencia y existencia. Así hará un recorrido por las figuras más significativas:

“A mí de chiquito me crió Celia, mi mamá (refiriéndose a una asistente terapéutica). Mi papá se murió. Vicente era mi papá. Yo lo quería como si fuera mi papá”.

Reconstruye este otro tramo de su historia, la que deja. “Yo no los voy a abandonar nunca a ustedes”. Ahora tiene él la posibilidad de invertir su historia de abandono, poniendo un corte a este circuito donde finalmente no abandonarnos es en lo simbólico el lugar de la memoria.

Más adelante: “¿El hospital de allá es abierto no? Se puede salir...” La dimensión de la libertad se abre cuando encuentra un lugar al cual se puede entrar y del cual es posible salir.

“¿Una vez que estoy fuera del hospital, ya no soy paciente no? Voy a ser libre, y también voy a hacer contento”.

Esta forma que sustantiviza a su ser con la cualidad de estar contento, me pareció de una originalidad que iba mucho más allá del mal armado en la sintaxis, lo recuperaba dentro de una serie, de los que son “contentos”, lo alineaba a los otros con derecho al placer y lo desalineaba del lugar de la exclusión.

Ya en el Hospital de El Bolsón se sucedieron ante nosotros un continuo de sorpresas, casi como milagros, cuando nos encontrábamos adentro del servicio de salud mental donde desfilaron enfermeros, trabajadores sociales y médicos que dieron la bienvenida a Sergio, aportando anécdotas, dando su reconocimiento y afecto, rememorando también lo traumático de aquella partida de un niño de nueve años que había sido alojado en el hospital muchos meses a la espera de una familia sustituta.

De los días que vivimos en El Bolsón, mientras trabajábamos la transferencia del caso con el equipo de salud mental, tiempo durante el cual él quedó internado en el hospital haciendo nuevos vínculos; recuerdo un diálogo preciso, tal vez por el grado de emoción y significación que transportaban esas palabras lentas y precisas de Sergio:

-“Marisa, ¿sabés qué hice?, salí a la plaza a tomar mate, y me hice un amigo que está en la otra cama. Y voy a aprender con José a caminar por el pueblo, nos vinimos desde el hogar de tránsito a pie.

-¿Y, esto cómo te hace sentir?

- Me parece que ya tengo una vida.”

Este reparirse condensa para mí la máxima expresión de todo el tratamiento.

De aquí en adelante, un mes después aproximadamente, nos enteramos que otra vez la contingencia se hizo presente con un nuevo azar: cuando en la fiesta del Lúpulo, que es festejo histórico de El Bolsón en febrero, Sergio se reencontró con su madre.

La problemática socio-cultural que soportó, soporta y soportará la subjetividad de Sergio, es una marca irreversible, pero en este caso lo mejor para él pudo ser posible. A partir del regreso a su lugar de origen se abre otro horizonte, del que fue privado a los 9 años, después de las privaciones más primarias a las que se vio expuesto desde su concepción.

Claro que el trabajo continúa, y seguramente será arduo.

Como la vida.

PASAN COSAS EN EL HOGAR...

Ramón Domínguez- Julieta Testa

En El Bolsón se empezó a pensar en el Hogar de Tránsito^{2*} en 1990, con la llegada de usuarios de nuestra localidad internados en el Neuropsiquiátrico de Allen.

Esto nos llevó a construir una estructura intermedia que dé respuestas a nuevas necesidades, no solo de alojamiento hasta que pudieran vivir en otro lugar, sino de recuperación de las habilidades cotidianas perdidas tras años de internación. Respuestas necesarias a fin de promover la inserción social, que solo desde el Hospital no podía darse.

Este lugar que se convertiría en el Hogar, se consigue, a partir de un aporte que surge de un Convenio de Intercambio de Capacitación con Trieste que permitió la compra de las mejoras (casa), que sobre un terreno municipal habían hecho un grupo de Monjas de la Congregación de Carmelitas Descalzas. Estas accedieron a la venta, dado el fin social que tendría. El Departamento de Salud Mental apoya este proyecto, destinando parte del dinero enviado desde Trieste para el pago de la cuota del Hogar.

Funciona desde 1992 en el Barrio San José, como lugar de encuentro, de intercambio, de recuperar hábitos, de habitar, de promover y promoverse, con los tiempos propios de una casa de familia. Hay quienes viven un tiempo ahí, otros van durante el día y

²"Hogar de Tránsito" es un nombre dado por este "Servicio" a un dispositivo que ha tomado distintas modalidades según los momentos y las necesidades de abordaje en su cuarto de siglo de existencia: sólo diurno, con pernocte; con ese alojamiento sin compañía de operadores o con 24hs continuas de acompañamiento por operadores, etc. Pero siempre consideramos que era un espacio de "tránsito" hacia una vida con mejores niveles de autonomía e inclusión social para los usuarios que por allí transcurrían.

están aquellos que dejaron el hogar y volvieron a vivir en comunidad, pero vuelven a visitarnos, a compartir un mate y a contarnos sus historias como quien visita un familiar o un amigo. Tal vez de algo de esto se trata el Hogar...

El Hogar cumple una función de casa familiar, lugar en el que se construyen lazos afectivos, de confianza, de solidaridad, donde se promueve la autonomía que la enfermedad suele aplastar; acompañando a recuperar vínculos perdidos o alejados, realizando talleres de promoción laboral invitando al barrio a participar de los mismos; cocinando para vender, haciendo huerta, incluyendo en la escuela a los sufrientes mentales.

El Hogar de Tránsito es una **pieza fundamental de la desmanicomialización**, ya que sin él no habría una antesala entre el encierro y la libertad. En esa antesala, se vivencian experiencias maravillosas. Como su nombre lo dice, en el “Hogar de Tránsito”, la gente (usuarios), transita manifestando sus patologías, caracteres, habilidades y discapacidades que dejan ver su futuro solo/a, con o sin compañía; los usuarios se hacen de conocimientos, ya sea nuevos o viejos y olvidados, que suelen ser imprescindibles para su reinserción en una sociedad que demandara, a él o ella, que incorpore costumbres actuales a su diario vivir.

En ocasiones, cosas tan básicas como prepararse un mate puede ser un misterio, el hábito de bañarse regularmente, cambiarse de ropa, elaborarse una comida sencilla, hacersela cama, etc. Para esto necesitan de apoyo, instrumentalización de lo cotidiano por parte del equipo para poder desarrollarse, etc.

El Hogar de Tránsito cumple la función de **Hogar-Escuela**, donde se aprende a vivir y con-vivir con el “otro”. Un acercamiento al “otro” que es una novedad, que al principio puede ser difícil; también podría pasar, por el contrario, que se genere una dependencia a veces no muy sana. Es por ello que el Operador debe regular estos vínculos, siendo un referente mediador, para equilibrar las emociones y promover la autonomía.

Como **Hogar-Familia** implica que allí hay, y debe haber, vínculos que revelen el ejercicio de funciones de “padre, madre,

tíos, hermanos”. Y líderes naturales que respeten y se hagan respetar sin llegar al autoritarismo. Los operadores acompañan mediando todo el tiempo las relaciones, prestando sus identidades, permitiendo la libertad de expresión, escuchando, aconsejando, asesorando, animando, fortaleciendo los lazos vinculares con el “otro”.

Espacio de ayuda mutua, esto se produce al permitir los diálogos o charlas entre usuarios, dando sus testimonios de cómo están progresando en sus tratamientos, comparando como estaban a como están, momentos que se dan naturalmente en medio de tareas cotidianas, sin forzar esas situaciones.

El Hogar de Tránsito como **Bolsa de trabajo**. Entre quienes se alojan o transitan el hogar se encuentran personas con oficios de los más variados. Hay mano de obra de carpinteros, pintores, vendedores, futbolistas, músicos, cocineros, tejedoras, ayudantes de albañil, jardineros, etc. Lo que no se sabe se aprende, se hace contacto con la demanda social y allá van. También es un espacio de **Taller de Arte y Cultura**, se pinta en tela, mural, cabellos y uñas, tejidos, canastos de mimbre, telar mapuche, danza, cerámica fría y otros. En ocasiones se han puesto a la venta algunos productos.

Y así, con las experiencias vividas en el Hogar de Tránsito, se puede escribir un libro, una obra de teatro, pero todo esto es efímero si no se está ahí y se capta el espíritu del Hogar de Tránsito, y da para más....

EL BUFO. UNA HISTORIA COTIDIANA DE LA DESMANICOMIALIZACION EN EL BOLSON.

Adriana Iribarren y Mely Barría

Queremos contar con Mely, operadora en Salud Mental Comunitaria y yo, psicóloga del Servicio de Salud Mental la historia de J. con la que estamos involucrados hace 22 años y seguimos su proceso de inclusión en la comunidad. Queremos contar y mostrar que se puede trabajar sin psiquiátricos, si hay un equipo y una voluntad, una creencia firme en una salud mental apoyada en los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental.

Transcurre el año 2016. J. vuelve de la pileta climatizada medio olímpica que está en la ladera del cerro Piltriquitrón, junto a otras personas, amigos, operadores y residentes de salud mental comunitaria. Pasaron un momento agradable, después del agua templada mientras afuera se ve el otoño y la cordillera nevada. Compartieron algo para comer, y el mate que nunca falta.

En el día de ayer llegó con dos amigos más al centro cultural(1) (que funciona en un salón de usos múltiples de salud mental desde 1995(2) compartido con la empresa social de gastronomía) a las 14 horas en punto. Previo a esto, invitado por Mely fue a comer al hogar de tránsito, sobretodo los miércoles que es el día de reunión de La Barca, grupo de usuarios, acompañantes, amigos y familiares de salud mental (3). El Hogar, cerquita de su casa, queda a unas 10 cuadras. Para llegar tiene que cruzar un puente sobre el Río Quemquemtreu, puente del que se tiró para matarse allí por principios de los años 90 para no vivir más, dijo él, en épocas difíciles, de las que vamos a hablar.

En el Hogar, se encontró con sus amigos, Mely y Ramón dos operadores en SMC. Sacan alimentos para que prepare algo rico para el almuerzo. Unas papas, cebollas, algo de pollo, algo de verduras y el guiso se va haciendo. La casa donde funciona el Hogar

desde el año 1990 – 1991, es una casa como otras del barrio San José, antes Barrio Las Piedras x las piedras cerca del río. Es un lugar de encuentro. Allí se puede hablar, ser escuchado y acompañado a aprender lo que se necesita para poder vivir en forma autónoma, cocinar, lavar, etc. En J. como en todos es un proceso ir descubriendo los saberes que están ocultos porque gana la enfermedad a veces, así como adquirir conocimientos nuevos que enriquecen y resuelven lo cotidiano (esto fácil de decirlo pero difícil de transmitir lo que cuesta cuando no se encuentran los recursos necesarios).

Cuando es la hora, (el colectivo público sale desde el barrio cada hora) salen los 3 amigos para llegar al barrio Irigoyen, desde la avenida caminan 2 cuadras y llegan al Sum donde se hace teatro o escritura según el día, también se comparte un momento de charla, el mate inspirador y se escribe o representa algo de lo que traen, elegido en general democráticamente, se vota entre todos. Es una linda forma de estar con otros, crear, y elaborar desde un lugar de salud y juego distintas situaciones y problemáticas que nos atraviesan. Este grupo es La Barca, (nombre también elegido democráticamente y votado entre todos) un lugar donde navegamos juntos y bregamos por el sostenimiento de los derechos de las personas con sufrimiento mental. No solo usuarios sino acompañantes, gente de la cultura, gente de la tierra (mapu-che), vecinos, familiares y amigos..

J. sabe cantar como Sandro y cuando hay oportunidad aparece el Rosa Rosa imitando al famoso cantante. Tampoco sabe leer ni escribir pero en el taller de escritura expresa sus ideas y otro funcionando como secretario lo escribe, pero es su producto, aparece ahí su singularidad.Y, sino tiene ganas ese día, compartimos el mate y el espacio.

En la historia de J. sabemos que hasta los 6 años ha vivido con su familia: mamá, papá alcohólico y 6 hermanos en la localidad de Cushamen, Chubut. Tierra de los primeros habitantes, mapuches. Se cría allí en su primera infancia hasta que muere su padre y la tierra es comprada por extranjeros.

La familia se disuelve, la madre no puede con tantos hijos. Ella llega a Bolsón con 2 de sus hijas , otros son dados a familias que viven en ciudades y J. va a un internado – orfanato en la ciudad de Esquel.

De un plumazo le borran la identidad, la lengua, que compartía con su familia. La regla de la institución era comunicarse en castellano porque para ellos, los gringos, la lengua mapuche que no entendían, era una vergüenza, y si alguien, alguna autoridad o hermano mayor como le llamaban la escuchaba de alguno de los niños, éstos eran severamente castigados.

Los maltratos era cosa de todos los días, dice. Los insultos que lo siguieron en la vida adulta en forma de alucinaciones auditivas eran indio de mierda, sos un guacho, sos un inútil y cosas por el estilo. A estas alucinaciones, respondía” bufando” y llorando. J. decía (porque hace años ya no aparece) es el bufo, es el compañero que me insulta y me dice cosas-

A los 18 años, excedido en edad, dela Institución lo mandan a El Bolsón con su madre y hermana que vivían en una casita precaria, pegada al río, con las que no hubo vínculo en esos 12 años de separación. No fue fácil el encuentro, no se conocían. J. habiendo sido elegido para quedar por fuera de la familia volvía desde un no lugar. En ese momento, marginado por sus conductas extrañas, porque no hablaba, caminaba con la cara tapada por el pelo que llevaba hasta la cintura, muy largo. Caminaba como si llevara una carretilla mientras bufaba, decía la Dra. Broide, en sus descripciones. Hacía gestos y ruidos extraños con la boca que asustaba a algunas personas. Por momentos lloraba o gritaba insultos.

Psicótico ya, con las voces que lo acompañaban para insultarlo, empezó a tomar alcohol para silenciarlas. No hablaba. No sabíamos desde cuándo, la mudéz era una posibilidad que se fue descartando con el transcurso de los días.

Un día se tira al rio Quemquemtreu para matarse, no lo logra, pero se golpea en la cabeza que tiene como consecuencia una lesión neurológica que hizo que caminara inclinado hacia un

costado 'por muchos años. En ese momento es internado en el hospital general (Hospital de área El Bolsón).

El primer contacto es con la Dra. Analía Broide, médica en la guardia general y médica psiquiatra fundadora del Servicio y de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, entre otros. Y con la que tengo el orgullo de haberme formado en estos años de práctica desmanicomializadora.

En uno de sus escritos cuenta las bases de la modalidad rionegrina de abordaje comunitario, lo ideológico que sustenta el proceso de desmanicomialización: "Partí en la tarea, de la convicción profunda de no al hospital psiquiátrico, apoyado esto en el rechazo a la marginación del enfermo en crisis y como consecuencia, su inserción en su medio.

Así entendida, nuestra práctica está centrada y dirigida simultáneamente al individuo, a su medio inmediato, la familia, como así también a la comunidad que lo circunda. Esta es la única manera de desanudar la madeja de la locura, re significando y otorgando a c/u lo que tiene de responsabilidad en la crisis. Aislarlo de su medio, es cristalizar en él, algo que tiene que ver con su entorno y que él actúa como denunciante, y su dedo índice, es el delirio".

Se convoca al equipo, en ese momento dos psicólogas y operadores en SM.

En un hospital chico todos se conocen. Algunos pensaban que J. no tenía que estar ahí sino en un centro especializado, en un psiquiátrico. Fue un proceso en el cual fueron aceptando su presencia y entendiendo que el sufrimiento y la locura tienen lugar como producto social y familiar. Que nadie está exento de padecerla o, quizás, de tener algún familiar o amigo que se enferme. Quitamos los rótulos del diagnóstico y pusimos a la persona en ese lugar con su historia, su contexto y crisis vital. "Se va desmitificando la locura en la medida que no es ya crónica e irreversible, que no es 'peligrosa' ". Ese fue el trabajo intrahospital y fuera de él.

La marginación, la pérdida de su familia, la pérdida de las tierras, de la lengua, internado en una institución cerrada y castigadora que lo volvió a marginar no reconociéndolo, le negó el derecho a una identidad. Este es el verdadero peligro, las condiciones de vida desde la exclusión y marginación y paralelamente no tener un lugar acogedor y de afecto.

Se fue trabajando desde el primer momento con la familia así como el compañero de habitación de la sala que contaba si había dormido o no porque lo que transmitía J. era que nunca podía dormir- Después nos dimos cuenta que era la institucionalización que traía y a la que se había acostumbrado- Posteriormente el pastor, todo referente que pueda ayudar a la vida en la comunidad de José es tenido en cuenta, o es citado o es visitado en domicilio.

Fue difícil el alta porque se había criado en una institución, un no lugar al que se había acostumbrado. No quería salir del hospital. Fue necesario emprender un aprendizaje, con otros, de convivencia y de ir eligiendo sus modos de vida, en la medida de sus posibilidades y deseos. Para la externación se construyó una casita. Casa que se quemó y por ese motivo tuvo que volver a la internación hospitalaria, ya que el vínculo familiar llevó más tiempo re construirlo.

Es el pastor de una iglesia a la que asistía que propone la construcción de otra casa que se arma con los operadores que trabajan a veces, fuera de horario para conseguir materiales que sirvan para la construcción. Así a pulmón y con la solidaridad de la gente se armó la nueva casa en la que vive aún hoy.

Durante la mañana iba al hogar de tránsito donde realizaba actividades de la vida cotidiana como cocinar, lavar, buscar changas de trabajo, buscar leña y por la noche se iba a dormir a su casa hasta que nuevamente, junto con el pastor, se consigue cama, colchón, estufa, leña. Y empieza a vivir en forma autónoma,

Aún así y ante la dificultad de la relación con su madre hubo momentos que los vecinos lo veían caminar de una punta a otra del pueblo, “bufando” y nos avisaban. Así corríamos al hogar de tránsito a trabajar esto con J. y con los operadores que compartían con él la

mañana. Aparecía EL BUFO (una respiración fuerte u entre cortada) ante el compañero que lo insultaba. Ahí junto a operadores indagamos sobre su vida cotidiana y que estaba mal, si la relación con su madre, o la falta de comida o de leña y nos organizábamos para acompañar en este sentido.” El compañero tiene hambre decía o tiene frío “, poniéndolo hablar de sus propias necesidades.

Es con la muerte de la madre que nos acercamos a la hermana y J. se ofrece a cuidar a sus sobrinas mientras ésta salía a trabajar. Empieza a cobrar otro sentido su vida. No es el loco peligroso, es el tío que cuida, y, además aporta a la casa con su pensión y actividades como mantener el fuego de la leña y cocinar.

Deja de salir a caminar sin rumbo. Deja de bufar y de ser insultado por el compañero, salvo en algunas ocasiones que quizá se quede sin leña. Entonces ahí se ponen en marcha los circuitos de apoyo para acompañar a conseguir calefacción en el frío invierno de la Patagonia. Así como las gestiones para el gas natural y mejoramiento de la casa.

Ya las sobrinas son grandes, ya tienen su familia a 25 años de su llegada a la localidad. Ahora se dá el tiempo para disfrutar de una pileta climatizada, amigos y espacios de compartir la vida, además de su familia.

NOTAS FINALES:

(1) Centro cultural que funciona más organizadamente desde el 2010 donde se gestionaron recursos para talleristas con la finalidad de que crearan de encuentros alrededor de una tarea como folclore, salsa, capoeira, teatro, escritura, zumba, karate para niños, kidbocing para adultos, etc. Las actividades en general no se cobran ni se cobra el espacio. Es gente que tiene un saber hacer con algo y lo comparte con otros

(2) SUM Salud mental. Se construye en 1995 en un terreno donado por la municipalidad, es construido por el pastor de la iglesia que construyo la casa de José y participaron en la construcción instituciones, comercios y vecinos.

(3) LA BARCA, es un dispositivo que allí funciona conformado por usuarios, familiares y amigos de Salud mental.

PEÑA LIBERTAD

SALUD MENTAL ES ESTAR ACOMPAÑADOS

Victoria Santangelo; Mariana Paulín Devallis

Equipo coordinador: Alina Durante, Jonathan Plaza, Silvano Righi, Alberto Abraham , Sergio Valladares y Silvana Valeri.

Presentación

La Peña Libertad comenzó sus actividades en febrero de 2016 en la “Biblioteca de Arte y Cultura Popular” de la Asociación Teatro de la Estación ubicada en el centro de la ciudad en la antigua estación de ferrocarril. Desde 2016 hasta la actualidad se realiza los cuartos domingos de cada mes.

La Biblioteca de Arte y Cultura Popular de la Asociación Cultural Teatro de la Estación, tiene como objetivo ofrecer un espacio alternativo y popular para desarrollar actividades artísticas.

La Peña Libertad se funda sobre la base de diversas influencias teóricas y experiencias que apuestan a generar prácticas que garanticen Derechos Sociales, y sustituyan, en sentido amplio, cualquier dispositivo socio-cultural sostenido sobre los principios del *encierro*, y la *exclusión*

La conceptualizamos como un espacio de salud mental no institucional, desde una mirada desmanicomializadora de la vida. Es un espacio autogestionado por personas militantes de la desmanicomialización que desarrollan esta tarea ad honorem, con carácter gratuito y abierto a toda la población.

Breve comentario del origen de la Peña.

Desde la implementación de la ley 2440 y del proceso de desmanicomialización en Río Negro, siempre hubo sectores abiertamente opositores. También existen ciertos sectores que actúan como camaleones, pareciendo ser favorables a la desmanicomialización actúan en detrimento de ella. Es así que

desde hace 30 años se escuchan discursos sobre “que la desmanicomialización es loable pero no es viable”. Indilgando esa inviabilidad a los profesionales del sector público o a la falta de recursos públicos para efectivizar sus postulados

Consideramos que es necesario ampliar los recursos técnicos, institucionales, presupuestarios para perfeccionar la desmanicomialización como así también valorar los recursos que sí existen en la provincia de Río Negro y que este discurso niega, tales como servicios, profesionales pagos, operadores de salud mental, entre otros.

Afirmamos que es falaz el discurso hegemónico en nuestra ciudad, que cuestiona la validez ética y técnica de la desmanicomialización porque no hay dispositivos de asistencia y reinserción. Agreguemos que este discurso tiene efectos negativos en la vida de usuarios y trabajadores de SM.

Solo para ayudar a comprender nuestro argumento de que este discurso pretendidamente progresista sostenido por algunos profesionales muy encumbrados es falaz, le preguntamos al lector, ¿la doctrina de protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes no es válida por qué no se cumple? ¿La convención internacional de derechos de personas con discapacidad no es válida porque no se cumple en su totalidad?

La vida de las personas acontece en la ciudad, en el barrio, en la familia y no se trata de que Salud Mental intervengan en todo eso sino de crear espacios de inclusión para la locura, para el que sufre, para el excéntrico, para todos.

A partir de esta idea fuerza y de la indignación que nos produce el encuentro cara a cara con este discurso, nace nuestro proyecto la Peña Libertad.

Finalidad y Objetivos

La peña Libertad tiene como finalidad la inclusión social y restitución del lazo social. No nos proponemos curar ni normalizar, ni rehabilitar sino encontrar nuevos modos de estar juntos. Pues consideramos que es a través del encuentro y el afecto que

podemos de-construir estigmas referidos a las diferencias y a la locura. Es por ello que nuestro lema ha sido “Salud Mental es estar acompañados”.

Los objetivos de la Peña Liberta son:

- Construir un “territorio” de libertad donde sea posible para todas las personas concurrentes producir subjetividad a partir del encuentro, la palabra, el gesto.
- Sustituir la actitud represiva y excluyente hacia el sufrimiento mental por una actitud comprensiva, elaborativa y dentro de la comunidad.
- Propiciar, desde la sociedad civil y a través de la organización comunitaria, modalidades vinculares que permitan el cambio de representaciones y actitudes hacia el sufrimiento mental y la locura.
- Generar teoría a partir de la práctica.
- Favorecer nuevos modos de estar juntos, sin intentar “curar” o “normalizar” la locura.
- Construir prácticas desmanicomializadoras a través del encuentro como forma de superar los estigmas.

Algunos antecedentes teóricos

El propio nombre del proyecto revela las principales fuentes teóricas.

De la *Psicoterapia del oprimido* de Alfredo Moffatt tomamos la idea de crear una comunidad popular como la Peña Carlos Gardel; superar el vínculo opresor -oprimido y redistribuir la locura. De la Educación Popular de Paulo Freyre, la construcción colectiva del aprendizaje. De la Psiquiatría democrática italiana su concepción de reinserción social como libre circulación por la ciudad, su imperativo a no entretener a no caer en trampas rehabilitadoras que buscan adaptar la locura a las normas de los cuerdos.

De la SMC rionegrina la relevancia del poder, el método de trabajo y la finalidad de nuestra práctica “la inclusión social”. De la Psicología Social de Pichon Riviere, sus aportes sobre grupo, roles y vínculos.

Crónica de la creación y desarrollo

Poner a andar la peña Libertad supuso el desafío de crear ese dispositivo de Salud Mental en el **espacio** público y común como lo es el andén del antiguo ferrocarril donde hoy funciona un centro cultural de carácter popular. Este escenario implicó trabajar con un encuadre abierto al acontecimiento.

Los **recursos** materiales son resultado de la propia gestión e ingenio. Todo lo que se utiliza en la ejecución de la peña es producto de regalos, gestiones interinstitucionales o del propio aporte de los participantes y equipo.

En un primer momento contamos con un **equipo** conformado por trabajadores de la salud (Acompañantes Terapéuticas y psicólogas sociales y trabajadora social) y artistas, todos con experiencia en trabajo grupal y comunitario. A través de los tres años de funcionamiento, el equipo se fue transformando, se sumaron al equipo de “gestión de la Peña” los mismos participantes. En 2018, adoptamos el nombre de “peñeros” para el equipo estable que organiza la Peña.

A lo largo de este tiempo hubo que diseñar y rediseñar el dispositivo a partir de la **metodología** de la reflexión-acción propuesta por el *modo rionegrino de trabajo en Salud Mental Comunitaria*. Ello implicó una permanente retroalimentación del pensamiento a la acción y de la acción al pensamiento de esta forma fue posible realizar las innovaciones que consideramos pertinentes en función de los objetivos que nos proponemos.

La dinámica de cada Peña

En un primer momento de planificación, año 2016, nos propusimos adoptar el esquema de la Peña Carlos Gardel con una serie de adaptaciones. De este modo, planteamos un **encuadre** con diferentes tiempos, entendido como un no-proceso (Bleger, 1966).

Primer momento de **apertura** que consiste en ambientar y decorar la peña, esta especie de rito permite la participación de todos desde sus posibilidades y deseos, brinda seguridad y al mismo tiempo, favorece la expresión de lo singular. Funciona a la vez como

caldeamiento grupal que dispone a la tarea, y como diagnóstico del “ánimo” de la peña.

Este momento ha mostrado ser aglutinador y promotor de la participación de múltiples personas, quienes están esperando a que comience la peña porque vinieron a eso, algunas que están en el andén por otras actividades o incluso las que simplemente pasan por allí.

Es un momento que favorece el que todos se sientan parte, eligiendo como ornamentar o donde colocar las mesas, preparando el mate, en un hacer con otros que nos agrupa.

Un segundo momento del **desarrollo** transcurre en una propuesta de actividades simultáneas. Aquí, cada uno de los participantes puede elegir entre actividades grupales diversas y complementarias definidas en la reunión de equipo.

En este momento se ofrecen una serie de actividades que son fijas y otras variables para cada encuentro. Entre las actividades fijas, cada peña cuenta con una mesa con elementos para realizar manualidades, un sector con juegos de mesa; el club del juguete – que consiste en una gran alfombra con cajones llenos de juguetes-; una mesa con mates y algo para compartir la merienda. Las actividades, que son amplias y varían en cada encuentro, incluyen el susurro de poemas, fogón de canciones con músicos de la ciudad, masajes faciales, aromaterapia, taller de creación de cuentos, creación de máscaras, cocina saludable, confección de collares, dibujo de retratos, etc.

Todo esto ha permitido que cada uno se integre, siguiendo el modelo pichoniano de **comunidad**, de acuerdo al estado de ánimo con el que se identifica, para elaborar lo que necesite. Esto hace que la **distribución de roles** sea dinámica y puedan intercambiarse lugares y rotar de áreas en forma espontánea.

Tercer momento de **cierre**: Originalmente se había pensado en una instancia de **asamblea grupal** y cierre del encuentro, en el que se pudieran poner en palabras en forma grupal la experiencia compartida. Este momento que creemos fundamental aún está en proceso de construcción.

Cada peña finaliza cuando las actividades decaen por su propio peso y cada uno se despide como desea hacerlo en lugar de forzar la asamblea con obstinación didáctica. El cierre acontece cuando se ha superado lo que Moffatt (1988) ha denominado el “momento de integración límite” donde todos participan intensamente en ese instante con todos. Se les recuerda la fecha de la próxima peña y cada quien hace el cierre como necesita, algunos, por ejemplo, quieren sacarse una foto con un compañero peñero, otros desean llevarse lo que han producido, otros se llevan algo de la peña, un libro, un pincel, un juego, para volver a traerlo a la próxima.

Como momento posterior al encuentro y planificación del próximo, el **grupo coordinador se reúne** mensualmente, para evaluar lo acontecido en la Peña anterior y diseñar la siguiente, allí se define que actividades se realizaran, los recursos necesarios, personas o sectores que debemos convocar.

Características de la Peña

La no pertenencia institucional de la peña fue el primer desafío. La Peña Carlos Gardel funcionaba en un espacio y tiempo muy diferentes, dirigida a una población referenciada exclusivamente al manicomio, con escasas o nulas posibilidades de dirimir poder. De otra manera, la Peña Libertad no funciona en espacios institucionalizados de salud u otro sector y difiere de cualquier dispositivo de rehabilitación- como pueden ser un centro de día, un taller, casas de convivencia- ya que no se sostiene en un tramado vincular con roles prefijados y la consecuente relaciones de poder conocidas y asumidas por sus miembros -profesionales, técnicos y usuarios.

Siguiendo el espíritu de su nombre “libertad”, la grupalidad que acontece en las Peñas adquiere un modo dinámico, espontáneo y heterogéneo, donde confluyen personas de diversas edades, profesiones, géneros e intereses. La flexibilidad del dispositivo permite que cada uno encuentre su lugar.

Es un espacio de práctica del ejercicio del poder, si consideramos con Schiappa Pietra (2013) que el *poder* es la capacidad de ejercer influencia significativa y de sentido es que podemos pensar a la Peña libertad como un espacio que posibilita el ejercicio del poder, especialmente en personas en quienes esta capacidad está o ha sido restringida.

En la Peña Libertad no se ejerce el poder desde la autoridad otorgada a determinadas personas por una institución (salud, educación, ciencia, etc.) dado que nadie conoce ni hace referencia a la institución de la que procede el otro. Los intercambios se producen espontáneamente en el encuentro entre personas que comparten un tiempo y alguna actividad.

Pensamos que ello puede ser una gran fortaleza en la construcción de nuevos imaginarios y espacios de ejercicio de poder para los usuarios de Salud Mental y para muchas otras personas que vivan condiciones de pérdida de su capacidad de ejercer influencia sobre otros y sobre su propia vida.

Por estas características, por un lado, la Peña Libertad se ofrece como espacio de circulación e intercambios que posibilita a cada uno de los participantes abrirse al lazo social de un modo no estereotipado, adoptar nuevos roles que funcionan para ese momento y lugar. Por otro lado, favorece la creación de nuevos territorios existenciales por fuera de la lógica asilar al promover la creación de una red de referencias en la ciudad y por tanto es un dispositivo óptimo para la producción de subjetividad y de sensibilización en torno del padecimiento psíquico.

La ventaja del lugar geográfico donde se desarrolla la Peña facilita que muchas personas, especialmente familias con niños, o adultas mayores solas que pasean por la estación, se encuentren sorpresivamente con la Peña y sean invitadas al banquete.

En cada una de las peñas hay responsables de invitar a quienes pasan por la estación a participar, para que se acerquen a ver. Es así que muchas personas experimentan un único encuentro.

Consideramos que esta condición de la Peña de sorprender e introducir un tiempo diferente sin consumo y sin exigencias de

ingreso ni egreso, la coloca como un espacio comunitario de *prevención* y de promoción de la salud, al permitir crear nuevos vínculos y explorar nuevas posibilidades personales.

Además, nuestra práctica reivindica el derecho de todos los ciudadanos a gozar de los bienes públicos, como la estación de ferrocarril y el centro de la ciudad. Como decía Basaglia (2013) la rehabilitación está en la ciudad, no en un espacio creado artificialmente para segregar a los “diferentes”.

El **clima** que se vive en la Peña Libertad se parece más a un “feliz cumpleaños” al aire libre que uno se encuentra como se encontró Alicia en el País de las Maravillas³, que a un dispositivo comunitario de atención perteneciente a un ámbito institucional.

La autogestión material de nuestro proyecto nos permite ser totalmente independiente de intereses ajenos a él, así como de protocolos o formalidades institucionales que podrían ser iatrogénicas.

La anterior característica se ligada a la posibilidad de un hacer *intersectorial*, tejiendo redes de solidaridad con otros proyectos, personas o grupos, como el *Grupo Artepídol*, el *Grupo Saludarte*, el Grupo Árbol y personas de diferentes sectores.

La finalidad de nuestra práctica y las estrategias para realizarla

Cuando soñamos la Peña, orientamos nuestra acción hacia la finalidad de la inclusión social y la producción de subjetividad frente a la demanda social de “crear posibilidades reales de vida no doliente” (Rolnik:1997) en la comunidad.

Imaginábamos ofrecer a los usuarios de Salud Mental la posibilidad del encuentro y no una “terapia”. Por eso, con toda intención se denominó “peña” que suena a reunión de amigos, bailes y festejos, y se aleja de cualquier representación ligada a la institución asistencial o de rehabilitación. Valiéndonos de estos símbolos de la cultura popular ensayamos la promoción de *buenos*

³ LEWIS CAROL, “Alicia en el País de las Maravillas”, Cap: Una merienda de locos.

encuentros, en sentido spinozeano⁴, capaces de despertar nuestras pasiones alegres, aumentar la potencia y complejizar los modos en el cual los cuerpos afectan y son afectados.

¿Cómo hacemos la convocatoria?

Dado **los prejuicios** que padecen las personas con sufrimiento mental hemos desplegado una estrategia comunicativa de *difusión amplia e inespecífica* en radios, diarios, folletos y volantes para evitar que se identifique al espacio con la “enfermedad” y que personas que necesitan de él no se acerquen.

Otra estrategia que desarrollamos para la difusión ha sido la de crear una comunidad en Facebook donde compartimos el evento y las fotos de cada encuentro.

Simultáneamente realizamos una difusión de boca en boca direccionada a trabajadores de Salud Mental, técnicos y profesionales que trabajan con personas con discapacidad y adultos mayores tanto del ámbito público como privado. Con el objetivo de que puedan contar con la Peña como un recurso que puede ser parte de la Estrategia terapéutica pensada para algunos usuarios, respetando siempre el derecho al consentimiento informado.

Esta última vía de convocatoria es la que más ha costado vehiculizar, por diversos motivos: instituciones que no funcionan los domingos, falta de acompañamiento a los usuarios/as desde los dispositivos (públicos y privados) hasta la peña, falta de transporte, entre otros. Otro obstáculo es la posición de algunos profesionales que no comparten la idea de que la inclusión y la apertura de ofertas al lazo social sean finalidades de su práctica y por lo tanto no promueven la participación de quienes tratan a la peña.

Paradójicamente esta situación representa a la vez una debilidad y una fortaleza. Como fortaleza la elección de asistir o no a la peña es auto-determinada y ello tiene en sí mismo efecto

⁴ Para profundizar sobre la concepción de *encuentro* en Spinoza ver DELEUZE, G. “En medio de Spinoza”.

Clase del 24 de enero de 1978. Ed. Cactus. 2006

subjetivante. Como debilidad es que muchas personas que se encuentran en situación de experimentar y disfrutar de este encuentro no acceden por las razones antes mencionadas.

El equipo de coordinación

Formar el equipo requiere conocernos, compartir nuestros marcos de referencia, pasar tiempo evaluando y diseñando estrategias, para construir un esquema de referencia común. Las dificultades en este sentido se relacionan a las condiciones de reproducción, en que cada miembro del equipo está inserto.

El carácter autogestivo de la peña, el trabajo ad honorem y voluntario, representa otra paradoja ya que, por un lado, la conformación del equipo es inestable y varía con las circunstancias laborales de sus integrantes, mientras que, por otro lado, garantiza que quienes decidimos ser parte lo hacemos movidos por nuestro deseo y convencidos de que se trata de un intercambio enriquecedor.

El equipo de trabajo fue variando a lo largo de estos años, hasta transformarse casi completamente en el año 2018 donde se armó un grupo que nos autodenominamos “Peñeros”. Actualmente, somos un elenco más estable que incluye a estudiantes, artistas-pianista y fotógrafo-, acompañantes terapéuticos, una trabajadora social, un viajero profesional, un vendedor de tarjetas, además de un futbolista y trabajador textil.

Todos participamos activamente de la planificación, ejecución y evaluación de una construcción colectiva, lo que implica que las decisiones son consensuadas en la reunión que se realiza una vez al mes; y también utilizamos las redes sociales para dar continuidad al proceso.

Interdisciplina y transdisciplina

El trabajo del equipo en el vaivén reflexión- acción nos permite ir construyendo poco a poco y con altibajos un proyecto interdisciplinario, donde cada uno ofrece lo que sabe desde su disciplina científica o artística o desde su saber cotidiano.

Entendemos que en esta construcción colectiva los aportes de la psicología social, la SMC rionegrina, el arte terapia, la música, las artes plásticas, se conjugan con las experiencias humanas.

En el momento de la ejecución se da un pasaje a la transdisciplina donde tenemos una forma de actuar común que puede ser realizada por cualquiera de los miembros del equipo. No es patrimonio ni responsabilidad de alguien convocar, abrir canales de comunicación entre los participantes, construir nuevas propuestas de actividades en el momento según la necesidad de las personas que ese domingo asisten. Vamos construyendo un hacer común para cada aquí y ahora echando mano a la caja de herramientas que cada uno adquirió en sus caminos laborales, personales, familiares, para servirlo en el banquete de cada Peña.

Logros

Durante los tres años que llevamos trabajando en la Peña Libertad hemos tenido varios logros respecto de nuestros objetivos y finalidad. Mencionaremos algunos de ellos.

Uno de los mayores que se desprende de la Peña Libertad, es haber instalado a través de nuestra presencia y difusión en los medios la premisa de que *Salud Mental es estar acompañados*.

Además, con la misma orientación de abrir espacios de sensibilización para modificar representaciones y actitudes estigmatizantes, hemos organizado eventos públicos y gratuitos en torno de la Salud Mental; como la presentación y debate del libro "Perspectivas de la Desmanicomialización"; la gestión de dos giras a nuestra ciudad de Alan Robinson de la "Cooperativa Los Hermanos" quien presentó los libros "Tratar la Locura" y "Actuar como Loco" y estrenó su unipersonal "Un Psiquiatra"; se organizó un "Domingo Terciopelo" con el colectivo neuquino Artepídol, un dispositivo planteado desde la psicología social.

Hemos participado en Jornadas de Salud Mental y Salud Pública de la Provincia compartiendo nuestra experiencia de trabajo y sosteniendo la importancia de trabajar intersectorialmente y buscar respuestas a estas problemáticas, las que no pueden

resolverse exclusivamente desde el sector salud, y que, por ser parte del acontecer social y humano, nos involucran como ciudadanos.

Durante el año 2017 se creó el micro-emprendimiento “Libretarios”, donde produjimos libretas a partir de materiales reciclados y que fue fruto de las necesidades expresadas por los miembros de la Peña y de la deliberación y deseo del grupo. Las mismas se vendían en ferias de la ciudad o de persona a persona. El dinero era repartido entre quienes las producían y una parte se destinaba a usos colectivos como viajes, encuentros con otros grupos, pagar la entrada al teatro, entre otros. Con este emprendimiento fuimos invitados a tener un stand en la Feria Municipal del libro, lo cual fue un hito de reconocimiento grupal.

Estudiantes del Instituto de Formación Docente, de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico y de Psicología Social, realizaron sus prácticas en la Peña. Estas instancias sirvieron de puesta a prueba del dispositivo a partir de las interrogaciones que abrieron los pasantes en torno a nuestros objetivos, principios y al vínculo entre las artes y la salud mental. Sobre estas experiencias, subrayamos que en sus devoluciones los estudiantes referían haberse encontrado con un grupo humano donde era difícil distinguir quién era usuario y quién no.

Fuimos seleccionados por la Práctica Supervisada de Orientación Comunitaria de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional del Comahue como un dispositivo de salud comunitaria para realizar un video donde debatimos entre los *peñeros* y otros participantes ocasionales acerca de cómo tratar el sufrimiento mental. La palabra circuló en horizontalidad, creando en cada uno de nosotros nuevos saberes y preguntas. Fue un momento de empoderamiento que nos permitió mostrar a los futuros profesionales que es posible, que es deseable y que es justo ensayar nuevas formas de estar juntos que sustituyan los tratamientos basados en encierro, segregación y custodia.

En estos años se acercaron estudiantes, artistas, docentes, vecinos, y también usuarios, talleristas y algunos profesionales Salud Mental que fueron invitados, en muchos casos por los propios

usuarios. Evaluamos este hecho como un indicador de que la Peña se está ubicando como un espacio de encuentro valorado.

Cierre

Volviendo a la chispa que dio origen a la Peña y a aquel andamiaje discursivo según el cual el proceso de Desmanicomialización es “muy lindo, muy utópico, pero impracticable, no funciona”. Sostenemos aquí que estas opiniones no son neutrales, sino que provienen de diversos sectores que intentan resguardar sus privilegios que están unidos a las prácticas manicomiales, sean estas más o menos explícitas o veladas. Ese discurso de que es inviable ha logrado encarnarse junto a los prejuicios que la sociedad tiene respecto de la locura, en particular, y de la diferencia en general. Se escucha hablar de las “fallas” de la Desmanicomialización y algunos medios de comunicación locales no cesan en mostrar los “peligros” que envuelve y todo tipo de acusaciones de este tipo.

Por eso, cuando pensamos en la Peña Libertad, buscábamos ser un “área de demostración” práctica de que es posible cambiar el abordaje y tratamiento del sufrimiento mental desde actores no institucionales. Que la salud mental, que la desmanicomialización, no sucede en las casas de medio camino sino en la ciudad, en el *estar juntos*. Demostrar que es posible ampliar los actores y recursos de abordaje. De algún modo, creemos que a tres años de la primera peña, algo de eso ha podido instalarse en quienes formamos la peña y entre las personas que han transitado por ella.

Desde este colectivo humano, hemos podido introducir esta problemática en el centro de la ciudad, a la vista de todo el mundo, y con el apoyo de diferentes actores sociales, en un contexto conservador donde se intenta retroceder sobre los derechos y batallas ganadas.

Siguiendo una potente imagen propuesta por Carlos Skliar en torno de la educación inclusiva y trasladándola, al campo de la salud mental, pensamos la Peña Libertad como un “poner la mesa”, un ofrecer la cultura, la alegría, el centro de la ciudad, es decir, el

mundo negado a determinados sujetos; para servirlo como si fuera un banquete, en una mesa generosa, donde todo este visible y al alcance de todos, donde cada uno pueda servirse lo que desee y necesite. Y donde nadie requiera ponerse a la altura de la situación o exhibir miserias o méritos para sentarse a la mesa.

Cambia todo cambia

A fines de 2018 la Peña comenzó a adoptar una nueva modalidad, a partir de la idea de salir de la estación y andar por la ciudad, encontrarnos en una plaza, hacer un picnic; encontrarnos a cenar en otro lugar. Es un cambio en proceso que parece mostrar que se requiere una nueva modalidad grupal más íntima pero igualmente saludable para quienes participamos. En tal caso eso será contado en la próxima oportunidad...

Bibliografía

- BASAGLIA, F "La condena de ser loco y pobre. Alternativas al Manicomio" Topia Editorial. Buenos Aires. 2013
- BLEGER, J. "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico". Segundo Congreso Psicoanalítico Argentino. Buenos Aires. 1966
- DELEUZE, G. "En medio de Spinoza". Clase del 24 de enero de 1978. Ed. Cactus. 2006
- MOFFAT, A. "Psicoterapia del Oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular". Ed. Humanitas. Buenos Aires. 1988.
- SCHIAPPA PIETRA, J. "La leyenda continúa". UNCo. Fac de Derecho y Cs Sociales, Dpto de Publicaciones. 2003.
- SCHIAPPA PIETRA, J. "Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión". UNCo. Fac de Derecho y Cs Sociales, Dpto de Publicaciones. 2013
- ROLNIK, S. Clínica Nómada. In Equipo de Acompanhantes Terapéuticos do Hospital- Dia A Casa (Org). Sao Paulo. Educ. 1997
- SKLIAR, C. Conferencia "La travesía y la ética de enseñar. Una responsabilidad ética". Instituto de Formación Docente. Luis Beltrán. 2015
- SPINOZA, B. "Ética. Demostrada según el orden geométrico". Parte Tercera: Del origen de los afectos. Ed. Caronte Filosofía. La Plata. 2005

RELATOS DE TRATAMIENTOS

Norberto Altamirano

Primer relato: El niño que no podía leer delante de sus compañeros.
“Bloqueo por ansiedad de rendimiento”. La importancia de la intervención familiar y la escuela.

Javier tenía 8 años cuando llego a la consulta de la mano de su madre Susana. Se mostró algo tímido, casi no habló pero escuchó atentamente lo que su madre relataba. Susana me explicó que lo trajo porque no podía leer frente a sus compañeros en el aula y su lectura parecía rudimentaria, casi de silabeo. Recordó que Javier desde el preescolar tuvo dificultades de integración con sus compañeros, pero logró un buen rendimiento, hasta ahora.

Teniendo en cuenta esos datos y otros aspectos de su historia vital, consideré necesario hacer una doble intervención: por un lado, indicar un plan farmacológico⁵ adecuado para la edad y en dosis bajas, dado que eso podía ayudar a aminorar algunos componentes de ansiedad. Pero por otro lado, lo esencial era el reaprendizaje de su exposición social, y propuse que pueda enfrentar la situación ante a un extraño, pero recurriendo a una consigna diferente. Por eso le pedí a Javier que trajera su libro de lectura la próxima semana, y que viniera nuevamente con su madre.

La siguiente semana, al ingresar ambos al consultorio los saludé fugazmente y sin darles tiempo a nada, señalé el libro que Javier traía bajo el brazo, y le indiqué que leyera lo más rápido posible, para establecer el máximo de errores que podía tener en dos páginas de lectura. La exigencia de lectura rápida pretendía que Javier abandone el modelo de silabeo, y que se vea obligado a una lectura saltatoria, intuitiva, de conjunto, donde el lector debe rellenar casi inconscientemente las letras no visualizadas. Además, como la

⁵ Indiqué Imipramina 10 mg y Memorex Compuesto una medida por día

consigna era leer con toda la velocidad “para llevar al máximo la cantidad de errores”, no le estaba pidiendo que lea sin equivocarse, sino por el contrario: que me muestre el máximo de errores que podía cometer. Esto último nos permitiría delimitar un “punto de partida” para poder en el futuro evaluar si había mejoría.

Javier leyó las dos páginas según lo indicado. Y sorpresivamente, el número de errores que cometió era muy inferior al que acostumbraba tener en el aula frente a sus compañeros; de hecho no se produjo el supuesto “bloqueo” que ocurría en esas oportunidades. Entonces decidí redoblar la apuesta de la intervención: le dije que no estaba leyendo lo suficientemente rápido como para equivocarse en lo esperable.

Regresó en dos oportunidades al hospital, en una de ellas con la compañía de un primo (sin dificultad para la lectura) a quien propuse realizar el mismo ejercicio para ayudar a Javier a no verse inferior. Con esta actividad pudimos reflexionar acerca de que “los errores” siempre son esperables en todo proceso de aprendizaje, y que lo “anormal” sería no cometerlos.

Le pedí a la madre que repitiera estos ejercicios delante de sus hermanos. Si aparecían amiguitos no había que interrumpir la tarea y se podía explicar que se trataba de un juego de lectura veloz (que en realidad es el mismo método, así que no se estaba falseando a la verdad). Luego también pudimos contactar a docentes de la escuela a la que concurría Javier, y les propuse que utilizaran el mismo método con otros niños que también tenían dificultades para leer.

Aunque Javier logró una rápida mejoría en su habilidad de lectura, creo que lo más importante fue que también logró mejorar la valoración de sí mismo. Al mejorar también su seguridad, mejoró su camaradería en el grado. Al usar el método como “juego” con otros compañeros, también evitamos que se lo rotule como inferior.

El método funciona porque se desactiva la exigencia de perfección, la exigencia de no equivocarse, desviando la atención, y se observa la mejoría en la capacidad de lectura como un “efecto colateral”. Por supuesto los méritos siempre son del niño e importa resaltarlos sin que esto represente una adulación. No se puede hablar

desde un yo padre omnipotente al “niño” como si fuera una persona inferior. No utilizar exclamaciones como “*oh que bueno, que bueno te felicito*”, sino que debemos utilizar un dialogo respetuoso y reflexivo: explicarle que ha hecho un esfuerzo útil y es bueno darse cuenta que todos los problemas pueden ser resueltos. En el caso de Javier, le dije sinceramente que había superado nuestras expectativas al superar la dificultad de lectura en tan breve tiempo de tratamiento.

Segundo relato: “No creo que te cures” Relato de una derrota terapéutica.

Alfredo tomaba como decía un amigo “*hasta distancia*”; debía estar consumiendo diariamente cuatro litros de vino y cayó internado no recuerdo porque cosa, pero sí que determinó que hiciera un síndrome de abstinencia. Una vez superado el mismo comenzamos a conversar sobre su alcoholismo. El creía que podía controlarlo porque, según decía, una vez lo había dejado durante un año. Yo le dije que ni lo intentara, que se quedaría sin amigos y peor aún no sabría que hacer los fines de semana. No moriría por el alcohol pero si de aburrimiento. Me dijo que no, que también le gustaba jugar a las bochas y que podía jugar sin tomar. Peor aún, le dije, perdería hasta la buena puntería. Y más aún era una lucha inútil, le comenté, yo no conocía nadie que hubiera dejado de ser alcoholista. Que es parte del destino y alguien tiene que ser ejemplo de fracaso total en este mundo. Y que al parecer él debía llevar ese destino.

Sumamos a la madre y algunos parientes en las entrevistas realizadas en la habitación del paciente lo que determinó una progresiva alianza entre ellos contra mí. Me dijo que no, que él sí podría y que no sabía por qué lo estaba tratando de esta forma. Noté que lo estaba irritando... Le dije que no era mala disposición, que siempre estaríamos esperándolo para ayudarlo cuando se enfermara de cualquier cosa producto del alcohol, pero le decía la verdad: yo nunca conocí a alguien que se curara de su alcoholismo. Seguimos defendiendo cada uno su postura durante la semana y media que duró su estadía en el hospital.

Debo reconocer que me ha ganado la pulseada y hace diez años que me saluda en la calle con voz entre burlona y triunfal, porque con su *“adiós doctor”* me *“refriega”* en la cara mi derrota... Cuando puedo le digo que el tiempo está de mi lado y él me contesta que ya veré que estoy equivocado. Juega muy bien a la bochas e interviene en campeonatos. Su familia no me saluda... todos aliados contra mí. El derrotarme los mantiene unidos en la salud.

Tercer Relato: Despicotizando reconciliando con los vecinos.

Actué como un adolescente y sé que no lo haría de nuevo. Con el tiempo he perdido temeridad y soberbia ganando prudencia y responsabilidad sobre mí y mi propia familia que arriesgué sin necesidad alguna.

Pocos piensan en el miedo que un policía tiene ante un *“loco”* y más aún si este se encuentra armado. He visto a veces enfrentar valientemente a delincuentes pero los he visto correr ante un *“alienado”* armado.

El oficial de servicio me llamó porque Juan se encontraba encerrado en su casa. Casualmente, yo había conocido a Juan hacía pocas semanas auxiliándolo para cambiar una rueda de su coche. Su mujer desesperada había huido de la casa al ver que prendía velas y llevaba adelante rituales que decía preparaba por el fin del mundo. Fenómeno que se venía anticipando por rarezas en su comportamiento de los últimos meses.

Y la policía no se atrevía a entrar.

En mi apuro por intervenir, entré a su casa confiado sin saber que tenía un 38 en la mano. Sin más, le pregunté *“cuándo te diste cuenta de todo”* (1). Juan se tranquilizó aparentemente y me dijo que él era *“el otro hijo”* de Dios. Entiendo, le contesté, y es mucho el peso, verdad? nadie te entiende verdad?. Sí pero no tengo miedo, me dijo, podría matarte si quisiera. **Estoy seguro, asentí, y me acerqué diciéndole que obrara como “Quien Era”...con su fuerza espiritual, que no necesitaba el arma para probármelo a no ser que no le alcanzara su poder...** y como lo vi dispuesto a demostrármelo le pedí

que lo hiciera suave, no sé qué le quise decir, pero me permitió tomar el revolver mientras Juan empezó a cerrar los ojos para intentarlo.

Luego de unos momentos le pedí que se detuviera porque yo tenía realmente muy acelerado el corazón por el miedo y le hice tomarme el pulso. En verdad estaba temblando y sudoroso. (Juan debe haber confirmado su poder). Entregue el revolver a un desconocido en la puerta de la casa y regresé para proponerle a Juan que fuéramos hasta al hospital en mi coche (para no perder la intimidad de lo ocurrido) para realizar unos análisis y hacerle unas “preguntas”(2) a su organismo y quizás dejar las cosas un poco más claras para todos (1). Salimos por la calle abierta por el numeroso gentío y les dije que nos dejaran ir hasta el hospital. Juan me acompañó y accedió a “las preguntas farmacológicas que le haría con Halopidol y Nozinán a su organismo” (2).

Allí comenzó su tratamiento por un proceso que resultó ser expansivo y de índole bipolar. Esto es afortunado porque posibilitó la corrección de la actividad delirante y la elaboración activa de Juan. El hecho de que saliera conmigo de la casa y me acompañara tranquilamente, permitió disminuir el temor de los vecinos.

Luego de un mes de tratamiento farmacológico (con Litio y Divalproato de sodio) y varias entrevistas, realizamos una reunión con los vecinos de la cuadra. Explicamos a todos **con Juan como relator** de la experiencia, cómo se vive cuando uno se siente tan eufórico y tan poderoso. Y tuvo en ese momento la posibilidad de pedir disculpas a varios de los que recordaba haber ofendido y también se enteró de ofensas que ni registraba haber provocado. Tanto él como nosotros reforzamos a los parientes y amigos que si lo veían “acelerado” lo acompañaran a vernos. Ellos para su tranquilidad y Juan para tranquilizar a los demás de que seguía bien.

Cuarto Relato: La penúltima crisis de Roxana

Casi todos los fines de semana, Roxana de 15 años era llevada por su madre, padre y algún vecino en auto a la guardia del hospital general en donde yo trabajaba. En esas oportunidades, los

médicos de guardia intervenían con una medicación inyectable intramuscular⁶ y luego llamaban a la pasiva de salud mental. Parte nuestro equipo había intervenido evaluando su situación y su historia vital; pero todo lo que proponíamos parecía fracasar, dado que las crisis se repetían frecuentemente. Así, Roxana obtuvo la fama de “histérica” con todo lo peyorativo de esa concepción para algunos colegas.

Una vez más, nos llamaron cerca de las 22 hs de un sábado y decidimos que teníamos que hacer una intervención que rompa con ese circuito que se repetía sin cesar. Vino como siempre con los padres y un vecino que la trajo en el auto. La llevamos a una habitación comentando en voz alta que era necesario dejar en reposo el psiquismo de la joven, y para eso era preciso que repose sola, sin luz y en silencio. También le pedimos a sus padres que fueran a buscar a todas las personas con quienes Roxana tenía un vínculo próximo: el novio, sus amigos, los vecinos que compartían el terreno de convivencia (cuatro habitaciones dobles en un terreno), y varios parientes. Convocábamos a todos a una reunión porque algo demasiado importante teníamos que comunicarles. Todos eran importantes incluso los primos y tíos cercanos. Lo dijimos en voz alta para que Roxana lo escuchara también y su espera fuera algo expectante

A los 45 minutos teníamos como 20 personas en la habitación. Roxana tenía los ojos cerrados pero estaba despierta y atenta al entorno. Pedí silencio y comencé la arenga: *“para hacer los que les voy a pedir se necesita querer mucho a una Roxana. Y por lo que veo, la quieren mucho, pero a lo mejor algunos vienen nada más que por curiosos y con el tiempo nos daremos cuenta quien fue quien en este día”*.

Todos me miraban con interés, y entonces expliqué: *“cuando Roxana entra en crisis y se desmaya, y en algunos momentos se contornea desesperada, es porque su psiquismo esta*

⁶ Para crisis de ansiedad con excitación psicomotriz solía utilizarse una fórmula triple combinando Halopidol, Fenegan y Nocinan

sobre excitado". Luego continué *"¿Y qué hace casi todo el mundo en ese instante? Salen gritando a buscar un médico, le aventan con revistas, le hacen oler alcohol, le lloran para que vuelva en sí, le preguntan qué le pasa, corren a buscar un vecino, etc. Todo esto agrava la excitación del psiquismo de Roxana. Para hacer lo correcto en ese momento, la tienen que querer mucho a Roxana"*.

La mayoría de los participantes asentía con la cabeza, y eso me permitió seguir: *"Porque todo el mundo piensa en sí mismo y aquí solo hay que pensar en Roxana. Pero ahora bien, Uds. vieron que el solo hecho de encontrarse en silencio, sin luz y sola le permitió calmarse lentamente. Sin necesidad de medicación ni de palabras profesionales. Hay que quererla mucho a Roxana para dejarla sola en ese momento en la habitación o en donde se ha caído, cuanto mucho, puede colocársela en la cama, pero hay que apagar la luz y dejar el psiquismo en reposo, o sea: dejarla sola. Hay que quererla mucho para pensar en ella únicamente. Hay que alejarse de la habitación y esperar que ella pueda levantarse y salir de su habitación. Recién en ese momento deberán concurrir a la guardia del hospital, para controlar su estado y hablar con alguien de salud mental. Esto evitará que su hija deba soportar estudios, medicación y pinchaduras que pueden resultar humillantes para ella... etc"*.

Nadie estuvo en desacuerdo con la estrategia propuesta, se mostraron comprensivos y dispuestos a colaborar. Luego de evacuar la habitación, me fui a hablar con el padre a solas. Le dije: *"vea es muy difícil a veces ser afectuoso con los hijos cuando nadie lo ha sido de niño con nosotros. No creo que Ud. pueda modificar eso pero si solo toca el hombro de su hija cuando se cruza en la puerta o en el pasillo y le dice 'pasó hija' será para ella como un gesto inmenso y Ud. completará la curación de su hija. Cree que podrá hacerlo?"* Me respondió que sí.

Al otro día se fue de alta de internación y el sábado siguiente presentó una crisis con todos los actores preparados. El proceso duró solo una hora y media; la joven salió de la pieza y la llevaron a la guardia del hospital. El médico general hizo los controles, constató que tenía los signos vitales normales y llamó a la

guardia pasiva de salud mental sin necesidad de medicarla. Entonces, pudo conversar con nosotros de otra manera, y no necesitó ser internada: volvió a su casa esa misma noche, y fue la última vez que pasó esto.

Toda esta intervención partió del criterio de que este tipo de crisis ocurren en un ambiente donde las respuestas familiares suelen ser dramáticas. Casi “tipo escándalos vecinales”. Generalmente uno de los miembros es el actor dramático (muchas veces la madre) y el padre una persona indolente que solo atiende a su hija cuando él se asusta porque la ve inconsciente. Probablemente también ignora a la madre, por lo que ella debe actuar de forma tan dramática. Entonces, toda la intervención tiene a la multitud para dar soporte social a la familia.- **El abandono a la paciente en la crisis es redefinido como un acto de amor** repetido como se ve muchas veces. Y resolver la insolvencia del padre en su capacidad de expresar afecto, completa la ecuación necesaria en el escenario.

La joven luego concurrió para trabajar los desencadenantes de las crisis (frustraciones de todo tipo) pero refirió que le llamó la atención como había mejorado la relación con su padre. Aunque no pudo precisar por qué le parecía así.

La intervención duró dos horas en la habitación y en lo inmediato con el padre y la madre, más o menos, porque hubo que atender las variables grupales “con el insulto” incluido a los curiosos para forzarlos a que obren de soporte y no de público pasivo, la charla con el padre y reforzar la confianza de la madre respecto a que en las sucesivas crisis ya se había constatado que la joven no mostraba signos clínicos que impliquen un riesgo de vida. Pedí que viniera el novio para prevenir el desprestigio de la paciente y por si llegaban a convivir, que no se repitiera el ciclo. Ha dado resultado esta estrategia en varias oportunidades.

Notas Finales – A modo de conclusión

(1) Las preguntas ambiguas que connotan la aproximación a la experiencia del otro, en el psicótico dejan abierta una empatía alentadora y por otra parte el paciente siente que es posible que el interlocutor sepa lo que está pasando. Y en verdad uno lo sabe, puesto que los mecanismos son: que lo dedujo, lo alucinó o se le reveló la experiencia (delirante para los demás). Sentir que existe un interlocutor que sabe “de que” se trata tiene un inmediato efecto antipsicótico. Ejemplo de otras preguntas: ¿Cuándo lo descubriste realmente? Lo que no entiendo es ¿cómo vos también te diste cuenta? ¿Nadie lo entiende verdad? Estas son eficaces cuando son dichas de entrada sin ningún tipo de preámbulo.

(2) Alguna vez comenzamos a pensar y a explicar a nuestros pacientes que los psicofármacos son preguntas que uno le hace a su organismo. Que la respuesta nos confirma o rechazan el diagnóstico presunto. Y que en salud mental las próximas 24 horas del tratamiento ya nos dicen si estamos equivocados en nuestro criterio terapéutico. En 20 días se tienen que haber producido resultados más que evidente cuando el tratamiento es el correcto. Cuando no sucede así es que no es el adecuado. El organismo cuenta con un número limitado de cerraduras (60 más o menos identificados) y millones de puertas o conexiones. Se trata de receptores (cerraduras) que abren y cierran puertas efectoras e inhibitorias. Cada molécula psicofarmacológica tiene una, dos o un manajo de llaves que giran cerrojos no solo donde queremos sino también en las todas las cerraduras que coincide y recordemos que puede haber miles de lugares donde pueden entrar y accionar, muchas veces en las que no nos es tan conveniente o necesario. De allí los efectos colaterales y los efectos adversos de los medicamentos.

El tratamiento farmacológico solo sirve para poner al individuo en mejores condiciones de rectificar o ratificar (a veces no es el contenido el dislocado sino la forma de plantearlo) o elaborar (trabajar) lo que necesita para su independencia e integración social, que es la finalidad última de nuestro trabajo.



Hongo Espermatozoidal

BELLOS RELATOS

FILOSOFÍA

Juan Mariano Icardi

Que dominio altera el convencimiento de todos los explorados momentos en el estado, sea cual sea su composición. Solo con el único objetivo de estudiar, analizar y participar de un gobierno autosuficiente y dedicado a explorar otras alternativas de convivencia para sanar viejas estructuras que doloridas por su ignorancia pasan desapercibidas sin que nadie se percate de su cambio hasta que no lo haga suyo.

De qué se trata esto. Estabilizando lo natural que sería, alimentarse sanamente, dentro de lo posible, cuidar la calidad del pensamiento y enlazar. Toda ambigüedad depende de qué se dijo o qué se escribió en la historia de la humanidad. Como habría de ser el bien y el mal y su constante rediseño para justificar la actitud cotidiana de una o todas las personas que se dedican a esto que parece vivir hasta los confines del Universo.

LA BICICLETA PARANOICA

Juan Mariano Icardi

Construyendo el Hábitat construyendo el futuro. Reciclando emociones, quizás partiendo de una buena iniciativa, tal y fuese un gesto de Amor.

El tiempo pasaría de una y otra manera por estados concentrados en diluvios consecuentes.

Aún espero que si podés, si no tendré que contar con la fuerza pública. Protegiendo el episodio deja veraz consecuencia de una y otra forma. Qué es esto de esperar producir algo que nos de la vida que necesitamos.

El nutrido espacio ancestral, tenía que ver con la payasada de ser un terrorista. Una tercera parte de los evacuados perseveraba en reconstruir los hechos con el único propósito de evitar al fin que ocurriese cualquier desgracia.

Ya no quería su majestad importunarse con ningún tipo de sobresalto. Te están copiando la mente Juan.

LA BONDAD DE LOS ARBOLES

Guillermo Garbin

Hace algún tiempo en un campo, cuyo nombre o propietario no nos importa, había un manzano que vivía tranquilamente con su hija, la única manzana que había logrado sacar ese año.

La manzana vivía tranquila con su madre, pero tenía un miedo muy lógico y predecible. Entonces le pregunto a su madre: Mami, ¿Voy a ser comida?

La madre con total sinceridad le dijo: Si, mi pequeña, y va a ser doloroso para ambas. La pequeña se entristeció con la respuesta. Entonces volvió a preguntar: ¿Por qué me comen y a ti no?

Le respondió: A mí me utilizan de otras formas. Para calentarse o para construir. Los humanos nos necesitan para vivir. Algún día yo seré talada, para bien o para mal, y quizás nos volvamos a ver.

Pero a la madre le faltaba algo por decir: No temas mi pequeña, ya que tu sacrificio servirá para algo más grande. Te convertirás en la fuerza necesaria para algún humano. Y esa fuerza será necesaria para algún acto importante, como quizás terminar una casa o un libro. Lo ves, tú serás importante en la vida de alguna persona, y un eslabón esencial en la cadena de su existencia.

Esto último tranquilizo a la pobre manzana. Y justo a tiempo, porque en ese instante venía un anciano en busca de una manzana, que se la iba a dar su nieto de 7 años.

La manzanita le dijo adiós a su madre y se dirigió rumbo a su destino. Y ese mismo día el manzano noto como iba creciendo otra manzana. Al notarlo le dijo: Bienvenida al mundo.

Y así esperaron a que el ciclo de la vida continúe.

PRÓLOGO A LOS CUENTOS DE LUIS FOTI

José Schiappa Pietra

Lamarque, 27 de septiembre de 2003.

Mi viejo amigo Luis.

Llegaron a mis manos – vía (dedos de) Pablo – cuatro hojas mecanografiadas con una de aquellas antiguas máquinas de escribir. En esas páginas gastadas pude leer, de manera casi continua, palabra tras palabra, sin puntos aparte, con correcciones a lapicera y con notas borrosas que agregaban o modificaban párrafos, uno o dos (no sé) cuentos que inconfundiblemente me parecieron... auténticos Fotis (iii).

Como usted se dará cuenta, si lo que presumo se confirma, es un hallazgo extraordinario.

Todos mis conocidos están convencidos de que la obra completa de este hombre estaba ya editada, así que sería un evento extraordinario la confirmación de mis sospechas.

Usted sabe mucho de literatura y en especial ha leído todo lo producido por ese legendario artista, así que le ruego encarecidamente quiera darme su opinión. Supongo que es la más calificada. Ya que viene al caso, le comento que dentro de los círculos psiquiátricos-literarios que suelo frecuentar, círculos que nunca cierran ¿no?, se ha abierto una extraña polémica: algunos dicen que usted es quién mejor conoce a este escritor, en tanto ser-en-el-mundo, mientras otros opinan que sobre su persona nunca tuvo una mínima comprensión.

Ahí le mando el escrito descubierto. Me he atrevido a ponerlo en forma legible con la aprensión de tener que pintar bigotes a la Mona Lisa.

Espero que esté bien. Siempre me acuerdo de usted. Muchas veces hubiera necesitado de sus consejos. Ya nos veremos.

Pepe.

EL LOCO DE JACOBACCI Y LOS 9 LOCOS

Luis J. Foti

El loco de Jacobacci

Me llamaban el Herr Docktor Foti. Egresé de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Pero obtuve mi especialidad por influencia del profesor doctor Gregorio Bergmann, pionero de la Psiquiatría Argentina. Me mostró el modo de tratar con insulina y tanto llegando al coma cuanto al shock; me hizo ver el uso complementario del Suero glucosado, el dulce de leche. Manejé el pentotal sódico. Y aprendí de la mano maestra del fascista Cerletti, lo mítico, lo metafórico, el fantástico Electroshock que te hace perder –con seguridad– la memoria. Por lo menos durante tres años. Así, dominas al loco.

Por cierto, supe de la otra droga, del elixir, cuando hay que sostener al paciente con cuatro esquizofrénicos fornidos para eliminar lo convulsivo. Es maravilloso. Incapacita para siempre. Deja en esos degenerados de la raza humana un miedo, un susto, una cobardía que les parece congénita. Pues, si no lo saben, se trata, en el siglo XX, de la única droga que simula la experiencia de la muerte. Lo lindo es que, si mueres, tienes la paz de la falta de memoria. Pero, al volver de este adelanto químico, como paciente, te acuerdas de todo. Y, te garantizo, el pasaje de la vida a la muerte – lo sé por algunos sobrevivientes mentales casuales – es de un sufrimiento atroz, realmente lindo.

Pero Córdoba, en esos años, ciudad provinciana, al fin, no daba para estos adelantos. Me vine al Sur. Acá, a 15 kilómetros al sur de Jacobacci, a Campo XXI, al manicomio. Para pasar cualquier verano, para modificar drásticamente pero en forma lenta a esos marginales que son tanto artistas como delincuentes, sexópatas, desclasados, venidos mal de la clase media, gentes y chicos de la calle y putitas de ocasión por dos pesos; y pibas de pegamento; y

viejitos insoportables; y discapacitados intolerables. De esos, de los Excluidos, de esos me encargaba yo. Yo, el Herr Docktor Foti.

Estoy solo, ahora, en Campo XXI. Y – me temo – que esto es lo único y lo último que escribiré, después de montones de cartas que hice a la Municipalidad de Jacobacci, para decirles que estaba solo acá el Psiquiatra Jefe del Campo y sin repuesta. Es lo último que escribiré porque veo que paso de esta evidente falta de libertad con muros que me cercan, con este maldito desierto patagónico que me rodea, me asfixia sin verde, veo que paso y estoy en soledad total y ahora camino – así es la cosa – hacia una demencia psicológica segura. Es mi último informe. Mi último comentario. Mi despedida razonable del Manicomio, de ustedes. Ganan cordura. Entro en la sin razón, solo, sin enfermeros ni personal alguno. Nada pude hacer contra ellos, para detenerlos. Y fui sabiendo, de algún modo, dado que esta banda de cretinos me contaba sus aventuras por medio de relatos breves hechos en papelitos, fui sabiendo que esto se caía. Supe que Campo XXI, tan similar por su techo abovedado a la Alcaldía de General Roca - desde donde viene como un murmullo continuo eterno aterrador de voces o una charla superpuesta e infernal de nadie que nada habla de los presos - es igual a ella. Y te enloquece, sin ser paranoico. Pero hoy estoy solo, ya no hablo, ya no hay nadie. Resta el Manicomio impecable, el inicio del primer Campo XXI del mundo, el abandono, la soledad, tal vez – no sé – desde 1992, no sé por qué.

El primer papelito no sé cómo ni de qué modo llegó. Ya no recibía nada. Nunca paso comunicaciones, notificaciones, de la Municipalidad. Ni vino el Intendente a la inauguración. Todos fueron irrespetuosos. Para colmo, mi esposa quiso acercarse – desde Córdoba – pero, al llegar, perdió el rumbo. Debí retornar. Estoy encerrado. Soy el único habitante del Manicomio más importante del Sur. De nuestra Patagonia. Soy el único que queda. Se me fueron mis 9 locos. Quedo yo. Solo. Solo de soledad, fallezco de aislamiento. Pero debo cuidar estas bóvedas del estilo Alcaldía que se impuso en el norte, hacia el Valle Este. Y, solo, Médico Psiquiatra Jefe de Campo XXI, discípulo del doctor Gregorio

Bergmann, el pionero, quién me enseñó ese desprecio ligero, ese apartamiento educado que hay que sentir y ejercer ante el enfermo, cada mañana, al recorrer las camas y, simulando asco, sonreír pero sin importarle un pito a uno. Te necesitaría. Ahora, Herr profesor. Pero para mí. Solo, aislado, sin mis 9 enfermos que me hacen llegar este papelito. Hasta me invitan para que renuncie o abandone mi jefatura, mis drogas, mi atracción por los choques terapéuticos. No puedo irme. Pero no sé mi porvenir. Paso, de a poco, de la razón a la sin razón. La Cordura me abandona, se me infiltra el delirio que vira hacia lo alucinante. Pierdo mi saber. Me restan imágenes. Mi mujer.

Y subieron. Sí. Comenzaron a subir hacia el Negro. No sabían de rutas ni caminos. Solo fueron sabiendo que, fugados con calma y a pie del manicomio, triunfo final de una ciencia fracasada, fueron sabiendo que debían luchar. Venciendo el infinito monte achaparrado. Las formas asustantes del lugar. Algunos aullidos desde cualquier parte. El hallazgo imprevisto de una carta del Tarot que decía: "El loco". Que los animó. Avanzaron como pudieron, día y noche. Y soportaron también la aparición de animales, de pájaros, de seres alados extraordinarios; anónimos, no catalogados por el gringo Darwin; absurdos, borgeanos (me dijeron) aunque ni idea me queda o tuve de ese Borges, parece que Ciego. Que sujeto único para un electro, para devolverle la vista pero sin tanto láser: romperle la cabeza, con traje, corbata, displicencia, sin emoción, con apartamiento y retención de uno mismo para no contaminarse de ciego, de Borges, de literatura Argentina para colmo.

Y llegaron los 9 locos. Arribaron a las costas del Negro. No me aclaran a que parte. Sin temor, pues lo perdían a medida que el manicomio era un sueño, una pesadilla. Que me legaron. Que vivo solo. Aislado. Sin mujer. Sin cordura. Sin repuestas de nadie. Medico Jefe Psiquiátrico de Campo XXI, lugar destinado a esa plebe perdida, y, también, a una clase alta inmoral y perversa y desengañada. Cuantas variantes de electroshock, del elixir, de comas insulínicos yo hubiera inventado. Los Excluidos vienen de todas partes. Todos son

básicamente dementes, locos, esa es su alma. Los que – me parece – nacen de lo peor.

Hallaron un bote. Al dejar los muros, el encierro, al recuperar – me narran – la libertad, la vida se les fue como abriendo y les brindó eso que tiene todo vivir y que es la suerte de vivir, la dicha de estar vivos al no estar encerrados. Hallaron un bote. Sin mástil. Y, claro, sin velas. Carecían de remos y de algún modo de sentarse. Pero no les fue incómodo. Me dicen que tiene unos dos metros de largo. No es ancho. Carecen de capitán. Ninguno de estos ex-locos ha sido marinero. Pero actúan – entre ellos – con un espíritu de equipo encomiable, nacido de la búsqueda segura de la sobrevivencia. Del fin de esta fuga.

Toman el bote sin más. Y se dejan ir con él hacia el final del río, hacia el fin del Negro, hacia – no lo saben bien – la desembocadura. En medio de esa turbulencia incesante de esas aguas, como en ebullición, que a veces parecen calmas, como laguna. Falso, porque a pocos centímetros todo va rápido y es como un volcán estallando en medio de aguas oscuras. Río engañoso, como mujer impávida, con pudor de su oscuro deseo.

Esa noche, viendo arder el bote, sus nueve figuras orillaron la playa, en la desembocadura del Negro. Y, si fueron un grupo férreo, si constituyeron un grupo excelente, parece que con ese tope del mar optaron por dispersarse. De a uno, de a poco. Pensativos, unos hacia la derecha y otros hacia la izquierda. Unos parece que ascendieron hacia el Norte. Otros bajaron hacia el Sur. Iban seguros. Eran libres.

El bote ardió como una ramita seca. Y ya nada los ataba ni a manicomios ni a psiquiatras ni a especialistas. Con la muerte del bote, concluía hasta el recuerdo de mi propio manicomio, del Campo, de mí mismo. Se fugaron del Manicomio. Pero abandonaron ese refugio cálido del más pequeño bote. Y ahora vengan, locos sin cordura, sin etiquetas, sin sentirse señalados o negados o burlados por nadie.. Ahora vengan hacia el Norte, hacia el Sur, nómades de la mente. Sé, con esto, que también el último Mapuche desapareció. No sé, en mi neto delirio, si era tal o no era. Sé que ya no volverá.

Que tal vez no existió. Hizo de correo. Hoy. Ayer. Vaya saber que hará mañana.

Aunque no lo crean, esta crónica un tanto precisa y otro poco desvaída, me la acercaba, mudo, quien fuera el último de los Mapuches, el que falta irse, el que queda, el que resta. Hacía sonar la reja que es la única entrada a Campo XXI, el lugar para vivir, y, único llamado por él a veces en semanas. Yo, Psiquiatra Jefe, sabía que era él, el último.

Corría sin embargo. Los 9 locos, cierto, eran enemigos. Pero yo mismo, al ir entrando como lento y apacible en la demencia irreversible, me sentía como acompañado por esos desgraciados que se fugaron. El último Mapuche cruzaba el monte entre Jacobacci y el Negro a notable velocidad. Y de ese modo, por él, supe que los Nueve optaban por narrarse sus vidas de tormento y maltrato por las noches. Si no sabían con certeza el porvenir que les daría, sabían con certidumbre que no estaba el Campo, mi Manicomio, el más Austral. Que ya no los esperaba.

Eso les daba la alegría y la falta de temor y el sentido de comunidad como para compartir penas que se vivían ya lejanas. Así me consta en las cartas que nunca contesté – sigo siendo el Director Jefe Psiquiátrico del Manicomio, sigo heredando las virtudes del patriarca reflexólogo de Córdoba.

No puedo responder. Nada debo decir. Pero me come mi silencio. Me desmorona mi carente autoridad. La locura que se me inicia como hacia abajo, en el centro del pecho y hacia los lados. Y me carcome y me toma la frente y la cabeza. Y me obnubila y esas cartas de este último de los Mapuches. Todo me termina.

Escribo ahora como el Herr Doctor Luis Foti, lo que me parece será mi última notificación al Municipio de Jacobacci. Achacando mi abandono, mi soledad, mi temor, mi locura, la desidia del estado provincial que parece haberme abolido para siempre, como esos Nueve Fugados castigadores que se me escaparon por poco en mi lucha atroz por detenerlos. Pido se me retire de este lugar, que renuncio, que ahora mismo arrojo al fuego eterno elixires y sueros y toda maquinaria de la pena, del horror. No estoy

arrepentido. Es que no tengo pacientes. Si los tuviera, esas máquinas del odio hubieran funcionado a toda velocidad, hasta la muerte. Pido, señores del Municipio, que me quiten del campo, del Manicomio. Ruego me degraden, si quieren, si me alcanzan vivo.

Si esos Nueve se reproducen y vagan hacia el Norte y Sur, serán cada vez más y yo no tengo chance, ni mujer, ni hijos. No puedo – ya con la pena enorme – ejercer mi sadismo, el gusto que siempre me dio, desde estudiante, ver sufrir al otro. Ejercer el desprecio. Hacer más largo, siempre, con ellos, por cuestiones de moral y de costumbres sanas, hacer más largo sus tiempos de desprecio.

He hecho el desprecio. Pero, señores del Municipio, apuren el paso. Paso del delirio a la soledad física que me taladra el pecho. Y el cuerpo se me hunde y la mente se me alucina. Oigo gritos – de nuevo – voces que me hablan desde las abovedadas paredes, que matan, me deliran, me alucinan. Empiezo a correr, a tratar, como último truco de mi vida, de irme de mí mismo, de fugarme yo también. Y se trabó la reja. Ha sido el maldito indio. Seguramente. Ni los indios ni los locos son culpables. Pero, sin manicomios, ¿dónde están, ahora? ¿No somos?

Los nueve locos

El Manicomio de Jacobacci – se cerró debido a nosotros, debido a los locos, debido a que fuimos no solo los primeros en entrar a él sino en protagonizar una fuga fatal para ese sitio – decía, le narro, que el Manicomio de Jacobacci con capacidad para doscientas camas, estaba dirigido – al llegar nosotros – por un hombre solo. Un tipo flaco, que siempre andaba con traje gris, cabello ligero y renegrido, rostro sumido.

Al estar tan solo, notamos – por nuestra experiencia – que su pasaje a la locura era próximo. Estaba cercano. Empezamos a hablar con él. Para realizar nuestro plan. Pero también le hablamos como de lástima. Parecía uno de nosotros. Carecía de contacto con el exterior. El Municipio, así como auspició aquel encierro, también, prontamente, establecido de modo casi automático los Servicios esenciales, se desatendió de la obra.

Si la delincuencia genera, por su tensión interna, periódicos arreglos; la locura, las gentes colocadas en la sin razón, no importan a nadie. En ese marco estaba el jefe, doctor Luis Foti, egresado de la Universidad Nacional de Córdoba, casado y sin mujer, pues no veía que aquello fuera estable. Bueno, la extrañaba y también a sus dos hijos pequeños.

A poco, pudimos ver que Foti vivía esos días vacíos de un modo idéntico, sin la percepción de ninguna novedad. Y no la hubo hasta nuestra llegada, hasta el arribo de los Nueve Locos. Por tanto, así como llegamos, así como charlamos, así como vimos los subterráneos donde el Dr. Foti experimentaba con nuevas drogas para cuando llegasen los enfermos, observamos ese lugar tan abovedado, con apenas un ventanuco en el techo que dejaba filtrar – pero poco – la luz del sol. Con sus celdas colocadas a los lados, diez por sitio, con veinte enfermos para cada lugar y, por ello, había unos 200 lugares.

Bueno, visto esto, vimos – por lo demás – el pésimo estado del automóvil del Jefe señor Director que no andaba demasiado y al cual un buen amigo nuestro, el último Mapuche, nuestra relación y

contacto con el exterior, dio el desarreglo final, definitivo: quitando no sé qué pieza básica, si bien se podía poner en marcha, después no andaba.

Somos los Nueve Locos. Y nos fuimos, sin el Dr. Luis Foti, egresado de la Nacional de Córdoba, experto en Shock, reflexología y esas cosas. Nos fuimos y, con la pericia de lo que hubiera sido – pero hace décadas – un buen rastreador argentino, nos fue guiando con calma el último Mapuche. No había peligro por parte del Director, mas solo, más aislado que nosotros. Con más terror, nostalgia y locura próxima, que los Nueve Locos.

Parábamos, con tranquilidad, por las noches, alrededor de un fuego. Con buen asado del Mercadito de Jacobacci, subimos siempre. Hacia la libertad. Tal la meta. De todo loco. Liberarse del Manicomio. Obtener la libertad. La libertad es la Razón. El encierro lleva o se instala en la Sin Razón.

Foti quedó en la Sin Razón. Nosotros, a medida que ascendemos esas planicies y esa sequedad patagónica, perdemos la Sin Razón pero ganamos Cordura. Lo nuestro es un retorno a la Cordura. Es riesgoso, es difícil, es peligroso. Dado que la locura – si lo piensan – es sencilla. Es una huida. Un escape. Pero la Cordura es un riesgo y lleva la valentía y hasta la libertad.

Cada tanto, pero seguido, el Último Mapuche regresaba – sin pensar ni de lejos en estas historias – para conectarse con el Dr. Foti. Lo dejó del todo al arribar nosotros al mar. Pero lo dejó porque aquel hombre perdió totalmente la razón, se gastó en reclamos burocráticos sin repuestas. Como era recto, derecho, sin plata, se gastó en forma oficial pero formal, en anunciar tanto su estadía, sus dificultades, como nuestra fuga. Nunca nadie le respondió. Y el hombre sin mujer, sin hijos, sin locos, sin contactos, en total aislamiento, fue entrando en la demencia puramente psicológica y – nos han dicho – su mente, hecha trizas, ya se ha perdido sin remedio.

El Ultimo Mapuche, como de pena, no retornó. Y nosotros, los Nueve Locos, nos encontramos con un bote de unos dos metros de largo, a la orilla del Negro, estrecho, endeble y seguro a la vez,

carente de remos pero que podía avanzar con la correntada. Y – de ese modo – en ese cascarón tanto inseguro como protector, acampamos cada noche, en la orilla, repitiendo las historias y pesadillas tanto de nuestras vidas como de nuestra locura. El bote era como un hogar. Y la prisa también era importante. Salidos del Manicomio más audaz y moderno de toda la Patagonia, para albergar a 200 locos, no era cuestión de retornar o de que nos volvieran a él.

Y, ahora, en ese barquito pequeño, en ese hogar endeble, inseguro, poco estable, sin meta cierta salvo los mojones de arena que nos encallaban algo – pero poco – de susto a la alegría completa de la Cordura, de la Libertad, de la Razón, pronto olvidamos al enervado y sumiso y sin esperanzas doctor Luis Foti, de la Universidad de Córdoba, sus experimentos como para ratones, su propia – ahora – irracionalidad, su progresiva pérdida de sí mismo. Nos olvidamos de todo.

Enfrentamos el mar – era casi al anochecer y el sol se iba como lento. Enfrentamos el mar, algunos se bañaron. Y sin hablarnos – algo pactado para esta ocasión y para que no hubiera posibilidad de traiciones – nos dispersamos. Sin entrar al mar, solo hacia los lados, a pie, con calma.

Al volvernos, alguien, no sé quién, había incendiado el bote. Lo que me pareció bien. Y nos fuimos hacia la derecha, hacia el Sur del Sur. Y, otros, hacia el Norte, a pie, con nuestros sueños para el territorio de la Cordura, sin las fantasías locas del doctor Foti, que se perdió para siempre en la soledad, el aislamiento, la propia locura.

Hay una imaginación realista y sana. Pero la fantasía es siempre necesidad y locura. Y, a poco de alejarnos caminando, como de común acuerdo, nos hicimos unas señas, de despedida. No nos necesitamos. Solo el bote como un hogar de paso nos unió y dejó que nos conociéramos. Pero ahora, libres, cuerdos, cada uno se labraría su camino. Allá el último Manicomio, con su bovedad. Y el bote pequeño, incierto, en la mitad del camino. Pero ahora bordeamos el mar, la libertad riesgosa, la cordura, la que tanto nos

costó. Y que – al fin – ganamos. Nos íbamos, dispersándonos, los Nueve Locos.

No dimos vuelta la cabeza. No hicimos más que un saludo. Por precaución. Y hasta hoy, nunca nos vimos más.

LAS AVENTURAS DE TITO

Héctor Roberto Zuñiga
(Roberto por Roberto)

Capítulo 3: La “diveración” a Allen

Cuando me mandaron a Allen. La finadita Dra. Broide y la finada tía Elsa Zuñiga, que falleció. La Dra. Broide decidió mandarme a Allen. Viajé en tren (de acá tomé el colectivo a Bariloche, y de ahí tomé el tren). Al llegar allá me sacaron sangre de esta mano (se señala la izquierda), y me dejaron internado en el hospital viejo de Allen. Era el año 1982.

Ahí internado yo estuve con suero, atado con sogas para que no me saque el suero. A los pocos momentos cayó Ricardo Zuñiga, internado en el mismo Hospital.

Resulta que llegó un tipo, Curiqueo, que quería desatarme. Bueno, le dije yo. Me dijo: Te pongo un poco de alcohol y le prendo fuego a la tira de gasa. Y el tipo me quemó toda la mano. Si no es por mi primo Ricardo me quemó entero! Trajo un balde de agua, como pudo. Si no hubiese estado muerto todo quemado. Me levanté, fui al baño, ahí con el brazo quemado, le puse agua fría y le agarró pasmo a la quemadura. Y ahí me empezó a curar la Dra. Resa, ella es mi Doctora!

Y hoy, 2011, en la Casita del Sol estuve tomando mates con mi Salvador: mi primito Ricardo.

Capítulo 2: Sobre el Pirulo

Un día la Dra. Broide me dio 6 pastillas: 4 acineton y 1 halopidol y 1 nozinan. Resulta que yo me pongo a sacar la pastilla y está mi gatito abajo, el Pirulo.

No fue que yo le dí. Se me cayó a mí y no lo pude encontrar: era el nozinan y se lo había tomado el gatito la pastilla!

Bueh, resulta que el Pirulo se descompensó, anduvo tres días gritando por el campo. Andaba loco el Pirulo, gritaba por la chacra.

Al otro día la Dra. me cambió la pastilla y me dio clonazepam. Resulta que yo estaba sacando la pastilla del papelito, ahí voy y se me resbala el clonazepam. Y se la tomó Pirulo!! (pensar que era la pastilla para Tito y no era para el gatito)

Entonces se compuso el gatito, se relajó (porque antes estaba medio duro) y quedó bien hasta ahora.

Nunca más le di pastillas al gatito, desde entonces cuando llego, mi mamita me saca las pastillas y las guarda con llave.

Capítulo 1: De Tito, Ricardo y el Fede Santos a los matecitos en la San Marcos

El sábado empezó el día bueno. Dormí bien porque me puse una bolsita de arena caliente atrás en la espalda, que la Dra. Resa me la indicó. Me tocaba el pito el remisse como a las 9 de la mañana, y yo estaba durmiendo, no tuve ni tiempo de ir al baño. Pensé: voy a ver si veo al Dr. Roberto así me ayuda.

Llegué al Hospital a las diez menos veinte... menos cuarto casi. Empecé tranquilamente bien y después llegó Ricardo y Federico que llegó a las 6 de la mañana, que estaba tomado, allá en la guardia. Federico estaba contando que se había sacado el hombro en la Catarata (dónde fue?). Estaba bien en pedo Federico y Ricardo también estaba tomado: se le sentía el olor a alcohol tenía los ojos saltones, no andaba bien. Tito andaba bien.

Después fuimos con el Dr. Roberto a dejarlo a Ricardo en la casa de la prima, y de ahí volvimos con el Dr. Roberto y fuimos a la casa de él a buscar la billetera, para ir a la San Marcos y yo le limpié el parabrisas con una franela mientras lo esperaba y después el Dr. Parece que miraba el paraíso a través del parabrisas limpito.

Cuando llegamos a la San Marcos desayunamos café con leche y facturas. El Dr. Dijo: - “No pago hasta que le den agua para

el mate a Tito”, entonces la chica fue a buscar agua para los matecitos!

Tomé un par de matecitos y después guardé en el termo agua para por ahí tomar otros mates, cuando salí de lo de Guajardo de comprar un kg de puchero, yerba y la gaseosa para la mami: Paso de los Toros. Después compré cigarritos. Entonces me tomé el remise y volví para la casa, la mamita se quedó contenta!.

TRIBUTO A ANA LIA BROIDE

Dra. Ana Lía Schachter Broide. Entre otras cosas fue fundadora y Jefa del Servicio de Salud Mental Comunitaria de El Bolsón durante 27 años en los que fue coherente a su íntima e insoslayable convicción: “NO al MANICOMIO”. Fue uno de los baluartes de la creación y ejecución de la Ley Provincial rionegrina 2440 “De Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental”. Asesora en Salud Mental en diferentes provincias y países. Asesora de la OPS. Directora provincial de Salud Mental. Participó activamente en el proyecto de Ley Nacional de Salud Mental. Referente fundamental del movimiento de desmanicomialización en Río Negro. Falleció en 2009. Una plaza de la localidad donde ejerció como médica durante más de 30 años lleva su nombre in memoriam.

Amanda Resa es una profesional amiga, compañera de trabajo y persona vinculada afectivamente, con acuerdo acerca de valores y visiones del mundo con Ana Lía; fue compañera de ella en el trabajo por 26 años (’83-’09) como Médica Clínica del Hospital del Bolsón donde ejerce hasta la fecha, habiendo sido Directora de

dicho establecimiento. Esto es lo que declara sobre su colega Ana Lía Broide: “Ana Lía cuando llegó acá en aquella época sufrió una triple discriminación: por ser mujer, por ser del pueblo judío y por ser trabajadora de salud mental (psiquiatra); tal vez cuádruple, por su estereotipo diferente a lo hegemónico tradicional cercano a la filosofía hippie de esos tiempos. Y a pesar que era resistida desde varios sectores, fue admirable cómo ella seguía con sus convicciones y poco a poco fue logrando que fuera reconocida y realizar su tarea... Siempre admiré cómo a pesar de todos los obstáculos ella seguía adelante con lo que quería y podía llegar a realizarlo; en todas las situaciones comprometida con el paciente en forma integral, social y equitativa. Ella sostenía que los pacientes por los que luchaba eran productos de la sociedad, por lo cual la

sociedad debe hacerse cargo de ellos, sin estigmatizarlos ni marginarlos.

Llamaba la atención que proviniendo de una muy buena posición socio-económica y pudiendo haber optado por atender en consultorios en Bs. As., se vino acá (a Bolsón) a hacer esta revolución... Demuestra esto su convicción y coherencia de lo que pensaba, en su vida.”

Y cuenta **Pepe Schiappa Pietra** sobre ella, compañero de ruta por los caminos de la desmanicomialización rionegrinos también durante más de 30 años:

“Ser. Hacerse. Es muy difícil describir a una persona. Se puede hablar de su cabello, de sus ojos, de su sonrisa. Pero hay cosas que van más allá de su porte, de su altura, del color de su piel. Hay cosas que solo llevan las miradas y que no pueden decirse ni ponerse en frases grandilocuentes. Hay cosas que más que captarlas las presentimos.

Cuando nos encontrábamos con Analía presentíamos su diferencia. Porque era distinta. Y no hablamos de esa distinción natural que todos portamos, sino de algo esencial que la particularizaba. En la manera de moverse, de escuchar, de mirar al que le hablaba. Se distinguía inmediatamente. Tendía a que uno la mirara cuando iba en un montón con su cabellera rebelde y pelirroja. Se transmita en su porte, en su andar.

El origen de cada uno da un punto de partida. A veces eso facilita el llegar, a veces lo

dificulta o impide. En este caso, creemos, le marcó un desafío. La llevó a desafiar su destino. Fue como si hubiera decidido en algún momento de su vida que si se la iba a mirar por su cabellera pelirroja y rebelde, entonces haría que con esas señas se la reconociera por lo que era en el hacer. No ser por lo que le había definido su nacer sino por lo que le reconocieran los que trabajaran a su lado. Eso la definía, la distinguía.

¿Se llamaba Ana Lía o Analía? ¿Era Broide su apellido?

Hay personas que nacen con nombre y apellido. Otras se lo hacen, ganando día a día su identidad. Se van haciendo al vivir. Y

aunque esto vale para cualquiera de nosotros, hay que concluir que aunque nos dejen mal parados, las cosas son como son especialmente por ellas. Bien o mal, mucho de esta realidad creada tiene la forma que le percibimos, porque algunos lucharon por hacerla de la manera que ahora le vemos.

Este libro habla de Analía, de ella como persona, pero también de su trabajo, de su lucha. De los ideales que la llevaron a militar en salud mental. Y decimos que su vida fue de militante, porque ella así la definía...”

Y finalmente luego de su fallecimiento en ocasión de la inauguración de la plaza que lleva su nombre, la **Lic. Vanda Ianowsky**, Jefa del Departamento de Salud Mental Ministerio de Salud – Pcia. de Río Negro, escribe: “En este momento tan significativo, deseamos hacerles llegar unas palabras en nombre del Equipo Provincial de Salud Mental Comunitaria.

Este acto hace justicia a la figura de la Dra. Ana Lía Schatchter Broide. Ella fue, y sigue siendo en nuestros corazones, una mujer intensa, despierta en el más amplio sentido de la palabra, comprometida, ética. Un ejemplo para los trabajamos por la aceptación e inclusión del diferente, en Río Negro, y también a nivel nacional e internacional.

Fue asesora en salud mental en diferentes provincias y en países como Chile y México. Participó activamente en el proyecto de Ley Nacional de Salud Mental, sancionada a fines del 2010, que establece para todo el país el modelo de atención por el cual ella luchó toda su vida.

Pero Ana Lía no es sólo esa mujer.

Ana Lía es también el nombre de un equipo de salud mental comunitaria y de un Hospital que tiene la fortaleza de sostener día a día una práctica difícil, compleja, que interpela poderes y saberes establecidos.

Ana Lía es el nombre de una comunidad, la comunidad de El Bolsón, que supo hacer nido para que este equipo y esta práctica se desarrollaran, participando y construyéndola activamente. Que las

autoridades municipales hayan decidido su nombre para la plaza es el símbolo de esta apertura.

Ana Lía es también su familia: sus nietos, sus hijos, su marido, Chochi, que la acompañó continuamente y sin quienes Ana Lía no hubiera sido Ana Lía.

Finalmente, queremos agradecer vuestro compromiso permanente, en la huella que ella trazó, trabajando por la inclusión de las personas en situación de vulnerabilidad y que son estigmatizadas y excluidas por padecer una enfermedad mental. El ejemplo continúa.”

También la recuerda “Tito”, al decir de él “su” usuario dilecto...: “MI DRA. ANA LIA BROIDE”: Fue mi Dra. hasta que ella falleció. Después quedé a cargo de la Dra. July Sanz hasta que se jubiló. Y después quedé a cargo de la Dra. Sandra Caccavo. Después vino el Dr. Roberto que era más flaquito que me sacó la inyección. Ahora tiene una gordura natural...

A la Dra. Ana Lía una vez le hice cantar una canción por Vucky (un cantor que sacó cassettes) y después se la cantó el “charro alegre” Tito Zuñiga (yo). Y después le canté 1 cumbia.

La Doctorcita...

SOBRE LOS AUTORES

ADRIANA IRIBARREN

Psicóloga egresada de la U.B.A., miembro de la planta del Equipo de Salud Mental Comunitaria del Hospital de Área El Bolsón desde 1994 a la fecha. Ha sido y es brillante formadora de todas las camadas de residentes de la Residencia de Salud Mental Comunitaria rionegrina de la Sede El Bolsón y de los rotantes y pasantes por su Servicio. Es coordinadora del Centro Cultural de Salud Mental Comunitaria del Barrio Irigoyen de El Bolsón. Es integrante y activa participante de la red FUV. Es la creadora y actual Co-Coordinadora del Grupo de Usuarios y Voluntarios de Salud Mental Comunitaria “LA BARCA”, espacio de defensa de derechos, teatro y escritura. Baluarte de la desmanicomialización rionegrina, desde su cristalina ideología y desde su sostenido quehacer cotidiano.

ALICIA MABEL PEÑA PINILLA

Nací en Chile, Lican Ray. Me crié en Luis Beltrán, Rio Negro. Tengo una hija que me impulsa a seguir adelante. Estoy muy agradecida de la contención y orientación que me ha dado para vivir el equipo de Salud Mental.

ALINA DURANTE

Amante del arte en todas sus formas. Intento vivir expresándome a través de está, plasmando lo que soy y mi escritura refleja gran parte de ello

ANA LIA SCHACHTER BROIDE†

Fue fundadora y Jefa del Servicio de SM Comunitaria de El Bolsón, donde trabajó como psiquiatra comunitaria durante 27 años. Referente en la creación y ejecución de la Ley 2440 rionegrina

y participó activamente del proyecto de Ley Nacional. Directora provincial de Salud Mental. Falleció en 2009.

ANDREA ALEJANDRA MANCARDO

Licenciada en Servicio Social (UNCo, 2010). Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional (UNMP, 2014). Desde el año 2000 al 2015 se desempeñó en diferentes programas del Ministerio de Desarrollo Social. Desde el 2013 trabaja en el Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital de General Roca. Miembro activa de la junta del Colegio de Trabajadores Sociales del Alto Valle Centro. Miembro de Acer Vida.

ANÍBAL GUTIÉRREZ

Licenciado en Psicología. Egresado de la Residencia en Salud Mental Comunitaria de Río negro. Parte del equipo de salud mental comunitaria del Hospital A. P. Lamarque. Argentino nativo. Miembro fundador de ACER VIDA.

CLAUDIA GABRIELA BAFFO

Licenciada en Psicología. Egresada de la RISAMC rionegrina. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa) y doctoranda en Salud Colectiva (UNLa). Trabajadora de la desmanicomialización desde Salud Pública (hospital A.P. Huergo) y desde la Universidad Pública (como docente e Investigadora de la UNCo). Integrante de Acer Vida.

FEDERICO SCHENKEL

Nacido en Villa Iris. Lic. en Psicología. Universidad El Salvador. Egresado de la Residencia en Salud Mental Comunitaria de Río Negro. Integrante del Servicio de Salud Mental Comunitaria del HAP Luis Beltrán, "Dr. Fernando Rocha". Coordinador de la RISaMC sede Luis Beltrán (Río Negro).

FERNANDO CORTES

Enfermero del servicio de salud mental comunitaria de Lamarque Rio Negro, egresado de la RISAMC Rio Negro y de la residencia de salud familiar de la Provincia de Córdoba, docente adjunto de la cátedra de cuidados psicosociales en Licenciatura de Enfermería UNCo. Fue coordinador de la RISAMC entre 2014 -2016. Integrante de ACER VIDA

GUILLERMO GARBIN

El escrito que esta en este libro lo considero parte de mi terapia. Vivo en Ingeniero Huergo. Estudie tres carreras y no complete ninguna. Estoy desde unos cuantos años sin hacer nada más que ir al hospital a Salud Mental y descargar videos de YouTube, que es como cuando era pequeño y me traía cuanta piedra encontraba en el suelo para coleccionarla. Por el momento no sé qué hacer con mi vida.

HÉCTOR ROBERTO ZÚÑIGA

Ciudadano ícono de la reforma desmanicomializadora de la provincia de Río Negro. Ha sido torturado en los '80 en el ala neuropsiquiátrica del Hospital de Allen. En los '90, de la mano de la Ley 2440, se logra su retorno a la localidad de El Bolsón; siendo desde entonces testigo de los devenires del Servicio de Salud Mental del hospital de dicha localidad. Ha tenido encuentros entrañables con sus conciudadanos, como los pícaros partidos de truco con la "doctorcita" Broide, y desopilantes aventuras que cuenta al compás de su armónica. Actualmente vive con su "mamita" en su casita de la montaña. Allí es visitado todos los días por la excelsa operadora Norma Danielian, quien ayudó a recopilar sus textos.

JONATHAN PLAZA

Nací en General Roca (Río Negro, Argentina) en 1998. Mi nombre es Jonathan Plaza y tengo 21 años. Empecé con la Fotografía en 2017. La considero como un trabajo y pasatiempo al

mismo tiempo. También soy impuntual y desordenado, y fan de las personas que se ríen con los ojos.

JOSÉ PEPE SCHIAPPA PIETRA

Es psicólogo, egresó de la Universidad Católica de Córdoba a principios de los años '70. En 1978 ingresó a Salud Pública de Río Negro y desde entonces ha trabajado en los hospitales de Ingeniero Huergo, Allen, General Roca, San Antonio Oeste, Lamarque y en Adanil, Instituto Nuestra Casa y Primera Zona Sanitaria con sede en Roca, como supervisor de los Servicios de Salud Mental de esa región sanitaria. Entre 2005 y 2007 ocupó el cargo de Director de Salud Mental de la Provincia de Río Negro. Ha tenido una prolífica carrera como escritor. Sus libros registran el trabajo en salud mental, modalidad rionegrina según el enfoque comunitario. En 2009 funda junto a otros profesionales ACER Vida.

JONATHAN PLAZA

Nací en General Roca (Río Negro, Argentina) en 1998. Tengo 21 años. Empecé con la Fotografía en 2017. La considero como un trabajo y pasatiempo al mismo tiempo. También soy impuntual y desordenado, y fan de las personas que se ríen con los ojos.

JUAN MARIANO ICARDI

Compensado le da forma a lo que sería una vida. Con la ayuda profesional adecuada se va sanando. Todo esto, que es derecho de todos, vivir sanamente.

JULIETA TESTA

Licenciada en Psicología, activista y militante por los derechos humanos; férrea efectora de gran liderazgo dentro del Equipo de Salud Mental Comunitaria del Hospital de Área El Bolsón, desde su ingreso en 2009 a la fecha. Previamente, realiza entre 2004 y 2007 la Residencia RISaMC de Río Negro en la sede Bolsón, donde es formada por Adriana Iribarren, Mely Barría, Ramón

Domínguez, Carla Roggero, Sandra Caccavo, Ana Lía Broide, etc. En 2007 es electa Jefa de Residentes RISaMC de Zona Cordillerana que no puede ejercer por su pequeña hija recién nacida. Posteriormente es Instructora RISaMC y Coordinadora RISaMC (ambas en sede El Bolsón). Actualmente es Co-Coordinadora del Hogar de Tránsito Barrio San José de El Bolsón, desde donde escribe su texto en el presente libro.

MARIANA PAULÍN DEVALIS

Lic. en Trabajo Social (UNC) Mag SM Comunitaria (UNLa), Egresada RISaMC Río Negro. Coordinadora de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico. Docente de la Licenciatura en Trabajo Social (FADECS) Integrante de Acer Vida.

MARISA LEMOS

Psicóloga recibida en la Universidad de La Plata. Fue residente de la primer camada de la RISaMC de Río Negro (en la Sede El Bolsón de 1994 a 1997). Transformando el azar en una práctica reparadora e inclusiva, fue la protagonista del retorno de un usuario con sufrimiento mental manicomializado en el Gran Bs.As. hacia su lugar de origen (reintegración) en la provincia de Río Negro. Posteriormente continuó su praxis desmanicomializadora en la Provincia de Buenos Aires.

MELY BARRÍA

Operadora en Salud Mental Comunitaria del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital de Área El Bolsón desde 1994 hasta el 2017 en que se jubila, acompañando a Ana Lía Broide y equipo en el proceso desmanicomializador. Además se recibió de Enfermera Profesional. Trabajó en la reinserción social y laboral de las personas que padecen sufrimiento mental, con la alegría como un atributo característico.

MIRTA ELVIRA

Licenciada en Psicología UBA. Fundadora del Centro Cultural Camino Abierto del Área de Salud Mental del Hospital Zonal Bariloche. Docente de la Universidad Nacional de Río Negro. Ex Delegada de Desarrollo Social de Zona Andina y Sub Secretaria de Gestión de la Municipalidad de San Carlos de Bariloche. Doctoranda de la Universidad Nacional de Lanús. Investigadora de la UNLA. Asesora de la Legislatura de Río Negro. Integrante de Acer Vida.

NORBERTO ALTAMIRANO

Nacido en Córdoba hace 69 años, médico Psiquiatra, hizo su residencia de pos-grado en la Colonia Emilio Vidal Abal Oliva de Córdoba. Integrante del equipo de SM del hospital A.P. Huergo durante más de 30 años, y colaborador en los servicios de SM de los hospitales de Allen, Regina, Cervantes y Gral. Roca, entre otros. Según Norberto, la vida le ha dado más de lo que merece, por eso su actitud agradecida y siempre entusiasta. Admirado y muy querido como médico y como compañero. Recientemente jubilado, sigue haciendo salud mental porque para él no es un trabajo sino una forma de vivir.

PABLO FRANCO†

Licenciado en Psicología y Sociología, compañero de gran recorrido desde los '90 hasta 2016 en que fallece. Trabajó en el programa de salud mental en Lamarque, en el Instituto Nuestra Casa de General Roca, y en la Dirección provincial de Salud Mental. Desempeñó funciones en el Ministerio de Desarrollo Social (entre otros creador del programa de ECIS) y en la Universidad Nacional del Comahue como profesor en la facultad de Derecho y Cs. Sociales. Su enorme bagaje cultural, espiritual y académico se ve reflejado en los libros que publicó: "Vida Institucional", "El Hombre Abatido", "Los Caminos del Sentido", etc. Fue miembro fundador de Acer Vida.

RAMÓN DOMÍNGUEZ

Trabajador del Hospital de Área El Bolsón desde la década del '80 a la fecha. Luego de pasar por distintos sectores (mantenimiento, cocina, etc) ingresa en el Servicio de Salud Mental en los '90 como Operador en Salud Mental Comunitaria del Servicio de SMC de El Bolsón, acompañando a Ana Lía Broide en el proceso desmanicomializador como uno de los operadores más abnegado y comprometidos que se recuerda; haciendo de la ternura, la firmeza y la fe pilares de su práctica. Ha orquestado las estrategias más originales para lograr la reinserción social de personas con severísimo sufrimiento mental. Ha sido actor indispensable y fundamental del proceso de reforma rionegrino, desde la primera hora. Recientemente formador de encuentro para operadores socio-comunitarios en La Plata. Actualmente continúa trabajando y tiene a su cargo el funcionamiento cotidiano del Centro Cultural de Salud Mental Comunitaria del Barrio Irigoyen de El Bolsón. Ya ha iniciado sus trámites jubilatorios.

ROBERTO IRIGOYEN TESTA

Defensor de la Desmanicomialización. Médico Generalista y Especialista en Salud Mental Comunitaria. Becario post-residencia de la Residencia de M.G. Región VII A Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. (2000-2004, sede Hurlingham, rotaciones por Hosp. Posadas). Residente y Jefe de Residentes de la RISaMC Río Negro de 2004-2008. En la sede Bolsón es formado por Adriana Iribarren, Mely Barría, Ramón Domínguez, Chochi Gutiérrez, Sandra Caccavo, Ana Lía Broide, etc. Comparte la Jefatura RISaMC con el Lic. Aníbal Gutiérrez en un devenir por 8 hospitales rionegrinos. Además ha sido Instructor RISaMC (Valcheta) y de Medicina General (Bolsón). Ha realizado actividades académicas y prestado servicio de patrullas en varias localidades rionegrinas, también ha desarrollado actividades en otras provincias argentinas y en el exterior (Chile, Bolivia, Italia). Fundador en 2009 de A.C.E.R. V.I.D.A junto a Aníbal Gutiérrez, Soledad de Caso, Pepe Schiappa Pietra y Pablo Franco. Lamenta profundamente el fallecimiento de este último.

SOLEDAD DE CASO

Licenciada y Profesora de Psicología egresada de la Universidad del Salvador. del Instituto Superior Juan XXIII. Egresada de la RISaMC de Río Negro. Actualmente se desempeña en Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico (ETAP) de la provincia de Río Negro. Integrante de ACER VIDA.

VICTORIA SANTANGELO

Técnica superior en acompañamiento Terapéutico, miembro fundadora y secretaria de Asociación de Acompañantes terapéuticos de la Provincia de Río Negro AATUA. Co-autora de la Ley 5314 modificatoria de la Ley 4624 del ejercicio del profesional del Acompañamiento Terapéutico.