

LA BRANCALEONE

TEORÍA Y PRÁCTICA DESMANICOMIALIZADORA

Schiappa Pietra, J. Franco, P. Broide, AL. Baffo, C. Cortez, F.
Gutierrez, A. Lausada, D. Mancardo, A. Paulín Devallis, M.
Irigoyen Testa, R. De Caso, S. Calderero, R. Sanz, J.



(...) Primero, resaltar que los capítulos de este libro se basan en una práctica concreta, de un sistema de salud mental funcionando sin manicomios, de actores integrantes de equipos multidisciplinarios insertos en hospitales generales, distribuidos en una amplia geografía. Es el contexto de los riesgos de la libertad, el que da marco a la tarea.

(...)

Segundo, destacar el valor y la capacidad de los autores de los trabajos, protagonistas cotidianos de la desmanicomialización, coherentes entre un discurso y una práctica, creando respuestas a las necesidades de los usuarios, donde no las hay.

(...)

Fragmentos del Prólogo, por Graciela Natella y Hugo Cohen



La Brancaleone

Teoría y prácticas

Desmanicomializadoras

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

Teoría y prácticas

Desmanicomializadoras

INDICE

PROLOGO

Dra Graciela Natella, Dr Hugo Cohen

SOBRE LOS AUTORES

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN RIO NEGRO 1985-2015

Lic Pablo Andrés Franco

FINALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

(De Salud Mental Comunitaria en su Modalidad Rionegrina)

Lic José Schiappa Pietra

TRES ESCRITOS DE ANA LIA BROIDE

Dra. Ana Lía Schachter Broide

HISTORIA DE LA CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE EL BOLSON. RESEÑA DE SUS ACTIVIDADES EXPERIENCIA EN EL BOLSÓN: EMPRESA SOCIAL

MÉTODO DE TRABAJO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Lic. Anibal Gutierrez

DEL TRABAJO DE SER ENFERMERO EN LOS PROCESOS DE ROTULACIÓN /EXCLUSIÓN DESDE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA DE RIO NEGRO...

Enf. Fernando Cortez.

JUNTOS... SALIR PARA ENCONTRAR-NOS.

Lic. Andrea Mancardo.

IR AL ENCUENTRO

REFLEXIONES ACERCA DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA EN SIERRA COLORADA

Lic. Dionisia Lausada, Lic. Claudia Baffo

**HUELLAS DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN
ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO DE LAS PRESTACIONES DEL
PROGRAMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
RIONEGRINO, REALIZADAS EN EL PERÍODO 2005- 2010.**

Lic. Mariana Paulín Devallis, Lic. Claudia G Baffo

**“TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO EN SALUD MENTAL
COMUNITARIA, EN LA SOBRIA VISIÓN DE RAÚL CALDERERO.
UN PROBLEMA PARA TOMAR EN SERIO.”**

*Op. SM Mario Raúl Calderero; María Julieta Sanz; Roberto
Hipólito Irigoyen Testa*

**LA ESCUELA COMO ESPACIO DE VIDA Y HABILITADORA DE
SENTIDOS.
ALGUNAS IDEAS ACERCA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL Y
EDUCATIVA**

Lic. Soledad de Caso

SOBRE LOS AUTORES

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.

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" (2005), "Los Caminos del Sentido", etc. Fue miembro fundador de Acer Vida.

ANA LIA SCHACHTER BROIDE

La Dra. entre otras cosas fue fundadora y Jefa del Servicio de Salud Mental Comunitaria de El Bolsón durante 27 años en los que trabajó como psiquiatra comunitaria siendo coherente a su íntima e insoslayable convicción: "NO al MANICOMIO". Fue un referente en la creación y ejecución de la Ley Provincial

rionegrina 2440. 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. Falleció en 2009. Una plaza de la localidad donde ejerció como médica durante más de 30 años lleva su nombre in memoriam.

SOLEDAD DE CASO

Licenciada y Profesora de Psicología egresada de la Universidad del Salvador e Instituto Superior Juan XXIII. Ex residente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria de Río Negro. Actualmente se desempeña en Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico (ETAP) de la provincia de Río Negro. Integrante de ACER VIDA:

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.

FERNANDO CORTEZ

Enfermero del servicio de salud mental comunitaria de Lamarque Río Negro, egresado de la RISAMC Río Negro y de la residencia de salud familiar de la Provincia de Córdoba, docente adjunto de la cátedra de cuidados psicosociales en Lic. de Enfermería UNCo. Fue coordinador de la RISAMC entre 2014 -2016. Integrante de ACER VIDA

ANÍBAL GUTIÉRREZ.

Lic. en Psicología. Ex residente de 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.

MARIANA PAULÍN DEVALLIS

Lic. en Trabajo Social (UNC) Mag SM Comunitaria (UNLa), Egresada Risamc Río Negro. Integrante del equipo SM de Choele Choele durante varios años, coordinadora Risamc. Docente de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico. Integrante de Acer Vida.

CLAUDIA GABRIELA BAFFO

Lic. en Psicología (UBA) Egresada de la RISAMC rionegrina. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Coordinadora del Servicio de Salud Mental Comunitaria de Ingeniero Huergo. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional del Comahue, en la Facultad de Ciencias Médicas y en la Facultad de Ciencias de la Educación. Integrante de Acer Vida.

ROBERTO HIPÓLITO IRIGOYEN TESTA

Defensor de la Desmanicomialización. Médico generalista y especialista en salud mental comunitaria. Realizó la Residencia de Medicina General Integral en la Reg. VII A del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As. , fue becario post-residencia en el Proyecto de Residencias Integradas Multidisciplinarias en Hurlingham, Bs. As., en 2003, realiza la RiSAMC y en 2004 es Jefe de Residentes junto al Lic. Aníbal Gutiérrez. Junto a él, Schiappa Pietra y Pablo Franco[†] fundan ACER VIDA, de la cual es miembro activo hasta la fecha. Actualmente ejerce en El Bolsón (profesional del Servicio SMC, Instructor de Servicio para la Residencia de Medicina General, Presidente del Consejo Local de Abordaje Integral de Adicciones) se considera un “efector provincial” ya que ha

recorrido múltiples localidades rionegrinas prestando servicio. Ha realizado actividades Fuera de la provincia y en el exterior.

MARIO RAÚL CALDERERO†

Fue un iniciático del Servicio de Salud Mental Comunitaria de El Bolsón, a finales de los 80', cuando fue promovido por la psiquiatra Dra. Ana Lía Schachter Broide† al rol de Operador de Salud Mental con función específica como Coordinador de Alcoholismo. Él era alcohólico recuperado y sostuvo el Grupo AA "San Cayetano" en el Hospital de El Bolsón durante un lapso de tres décadas, abrió varios otros en la Comarca andina del Paralelo 42°. Se formó en el Servicio de Bolsón (Dra. Broide, su mentora, y resto del equipo) y en el Servicio de General Roca (Dres. Pellegrini y Di Giacomo, Lic. Schiappa Pietra, Coord. de Alcoholismo recuperado Sr. Ricardo Antoli). Miembro del equipo de salud mental de El Bolson desde los años 80 hasta el día de su muerte. Su abnegación le llevaba a trabajar en horario hospitalario y vespertino donde realizaba: visitas domiciliarias, gestión y seguimiento de recursos ante el municipio y pensiones nacionales, evaluación de internados, trabajo grupal e individual en las esperas "de guardia" del alcohólico que podría llegar... Cientos de personas le deben su recuperación de esta letal enfermedad... y varios fallecieron entre sus cuidados hasta el final. El 19 de febrero de 2016 mientras que estaba acompañando a un grupo de usuarios que disfrutaban de unos días de esparcimiento en el Balneario El Cóndor de Río Negro, padece una muerte súbita a los 60 años de edad.

MARÍA JULIETA SANZ

La Dra. María Julieta Sanz fue compañera en el Servicio de Salud Mental Comunitaria de El Bolsón de la Dra. Ana Lía Broide y del Sr. Raúl Calderero, acompañándolos en el trabajo con personas con sufrimiento mental severo durante los últimos 15 años, con enorme calidad humana y técnica,

excelente humor, y capacidad de conectarse con las personas. Se jubiló en el año 2015.

DIONISIA LAUSADA

Nació en La Plata, es Lic en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata, En 2004 se traslada a Sierra Colorada donde funda el servicio de Salud Mental Comunitaria donde trabaja desde ese momento hasta la fecha.

PROLOGO

Dra Graciela Natella Dr Hugo Cohen

Nos ha producido una gran alegría la convocatoria de los compañeros rionegrinos para prologar este libro.

En primer lugar por el afecto perdurable que nos une con muchos de ellos, con los que hemos trabajado en lo que dimos en llamar “la desmanicomialización” y con los que seguimos de una u otra forma siendo parte de aquella utopía que fue el “Nunca más manicomios”, y que hasta la actualidad desde nuestros ámbitos laborales, continuamos impulsando.

Enarbolar esta causa, nos hizo compartir ideas, mucha acción y un lenguaje común que incluía un glosario de palabras que a nuestro entender simbolizaban nuevas concepciones y prácticas.

Algunos de los términos que cobraron mayor significación fueron, por ejemplo, “sufrimiento mental” en sustitución de enfermedad mental; “usuario” a cambio de paciente, “reinserción social” hoy llamada inclusión; “crisis” en reemplazo de brote y enfermedad; “estrategia terapéutica”

por el plan desde el que se construían los ejes primordiales para intervenir en todos los planos de la vida de la persona.

También existió un cúmulo de frases que identificaban la pertenencia a un grupo, como solíamos decir la *“construcción de un nosotros”*. Algunas de las más emblemáticas eran: *“con el advenimiento de la democracia”*, ya que fue necesario el estado de derecho para iniciar la desmanicomialización; *“hay que cerrar la boca de entrada”*, en referencia a la admisión al hospital psiquiátrico, *“hay que ver que va a pasar”*, un reconocimiento a la incertidumbre; *“hoy por hoy”*, advertencia sobre el ahora o nunca como contracara de la estructural burocracia que todo lo deja para mañana, *“no es pequeña cosa”*, valorización de los pequeños logros; *“la desmanicomialización es mucho más que el cierre del manicomio”*, para significar el complejo proceso de transformación de ideas y acciones hasta la sustitución de la institución total por servicios territoriales de base comunitaria.

Frases que resultaron a la vez instrumentos de avance y protección, apoyadas en percepciones compartidas de la realidad y en contenidos sólidos e irrenunciables que perduran hasta el presente, probables de identificar en nuestros escritos y exposiciones, mientras que en los encuentros se reanuda ese estado de *“deliberación-acción permanente”* que caracterizó los primeros años del proceso desmanicomializador.

Esta producción de códigos comunes, tan natural y confortablemente asumidos, parece ser parte constitutiva en el desarrollo de los procesos de cambio, siendo frecuente su uso por los grupos que los impulsan, algunos de los cuales son reconocidos como *“minorías activas”* (Moscovici, 1979). Una nominación que nos podría reflejar perfectamente, dado que éramos una minoría que compartió una creencia firme, con la

convicción de resistir, tomar riesgos y transformar nuestra vida construyendo esta alternativa.

Es probable que ese fervor que circulaba entre el pequeño grupo de “militantes” que además contábamos con escasos – y a veces “deteriorados”- recursos, y a los que nuestros detractores llamaban misioneros, ejército de locos, doctores de putas, locos y borrachos, haya contribuido a la irónica autonominación de “Armada Brancaleone”.

Recuerdos que, son parte del acervo histórico de la reforma rionegrina actualizada en este libro que, si bien trasciende y supera lo testimonial, la base de un pasado cierto y compartido legitima un acontecimiento que a más de treinta años de su inicio aún resulta controversial, tal como ha sido y es la desmanicomialización y su correlato legal: la ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”. Ley que, en varias ocasiones y hasta nuestros días, se ha intentado derogar o modificar con el fin de decapitar la desmanicomialización y cada vez que esto ha sucedido, se ha convocado una importante movilización provincial, nacional e internacional -de la que hemos sido parte- en defensa de su espíritu y contenido original.

Éste, ha sido un derrotero común a las legislaciones de salud mental de avanzada. Basta recordar las embestidas que ha sufrido en Italia la ley 180 y los ataques y cuestionamientos a la ley nacional de salud mental 26657, despertando barreras y resistencias similares, que constituyen comunes denominadores para la mayor parte de las reformas del mundo. En efecto, hemos comprobado desde la propia experiencia, que los intereses creados, la deficiente decisión política, la carencia de capacitación en salud mental pública y comunitaria que es parte de la ausencia de experticia para desmanicomializar, son factores comunes más allá de la geografía y desarrollo de cada lugar. Argumentar que esta

experiencia se pudo desarrollar en Río Negro por tratarse de una “provincia chica”, pareciera parte de un relato resistencial y una oposición a un enemigo mayor: la desinstitucionalización como sistema.

En Río Negro, sectores profesionales llegaron a afirmar que no existía hospital psiquiátrico, negando el propio contexto y la representación social del hospital de Allen como manicomio local, que en voz de los propios pobladores rionegrinos era significado como tal, al expresar: “estás para Allen”, cuando intuían encontrarse frente a una problemática de salud mental.

Otro cuestionamiento realizado al inicio de la reforma se basaba en que se derivaban pacientes fuera de la provincia, cuando en realidad permanecían aún aquellos que se habían trasladado en épocas anteriores al nuevo sistema, y que una vez promulgada la ley 2440 se intentó repatriar.

Años más tarde, sí hubo que lamentar el reinicio de una derivación indiscriminada dentro del grupo etario de niñez y adolescencia, a través de convenios sostenidos por organismos por fuera de la competencia del sector salud, de donde dependía el área de salud mental. Acuerdos por los que fueron derivados niños y jóvenes que presentaban discapacidades y consumo problemático de sustancias.

De todas formas, dar aquí testimonio de la épica rionegrina no tiene valor en sí mismo en cuanto a reivindicar lo acontecido, que por otra parte, está incorporado en el país y en el exterior como un hito en la historia de una nueva salud mental. Para guardar fidelidad con lo vivido, así como hubo detractores, también existió un importante caudal de voces y acciones que se alzaron apoyando los cambios, tanto de autoridades sensibles del gobierno provincial y municipios,

legisladores, profesionales, académicos, sociedad civil; en la provincia y fuera de ella.

Lo que parece oportuno ahora, es dar continuidad a la discusión sobre las prácticas y condicionantes de una reforma, los denominadores comunes identificados y la reflexión sobre el sistema de salud mental vigente en el país y los vasos comunicantes entre las jurisdicciones que lo conforman, por lo que es bienvenido este libro y todos aquellos que esperamos se produzcan con el ánimo de aportar en esta dirección.

No se puede omitir, que a casi seis años de la promulgación de la ley nacional de salud mental, que asumiendo estándares internacionales establece la sustitución y cierre de los hospitales psiquiátricos, no se han dado los pasos graduales y progresivos para alcanzar este cometido en tiempo y forma. No se ha producido –en la proporción requerida- la apertura de internación en hospitales generales del país, en particular en los grandes centros urbanos; la creación de casas de medio camino y cooperativas de trabajo, ni de otros recursos necesarios para integrar la red de servicios comunitarios.

Pues bien, en este libro, podremos encontrar valiosos aportes para identificar obstáculos que hacen a esta imposibilidad y alternativas para superarlos.

El propio índice expone con naturalidad una realidad deseable y necesaria de multiplicar, tal como es el desempeño de operadores y usuarios como parte de los equipos tratantes de los servicios de salud mental, un aporte trascendente de la desmanicomialización rionegrina a la organización de servicios comunitarios en Latinoamérica.

En términos generales, son los grandes ausentes –junto a los familiares y otros recursos no convencionales- de los sistemas

de salud mental tradicionales, de los que se excluye sus destrezas y experticias.

Los artículos del libro transitan estas temáticas en voz de sus protagonistas, que con tanta claridad se refieren al alcance de la formación profesional en el país, la que aún tiene vedada en términos generales, las prácticas en el contexto de las personas, cuando en Río Negro hemos constatado que constituyen el “camino regio” a su reinserción comunitaria.

Que el fin de la formación actual no es la inclusión social –tal el desarrollo de uno de los capítulos-, se traduce en la mayor parte de las prestaciones cuyo radio de acción es “intramuros”. Los profesionales, en gran medida, se encuentran “institucionalizados” en hospitales y consultorios al igual que los usuarios que asisten, a quienes atribuyen las causas y continuidad de sus padecimientos, sin cuestionar los métodos implementados “sobre” ellos.

Este libro, nos rescata y recuerda la gran premisa que muchos abrazamos como base de las acciones para intervenir con un usuario, con un grupo o entre nosotros mismos: “Hay que encontrarle la vuelta”; una consigna rectora dada su alta eficacia terapéutica y que aún está a la espera de una traducción académica.

Una espera, que es parte de la situación de gran tensión, conflicto y movimientos del sistema de salud mental vigente en el país, ya que nada es como era entonces y desde distintos ámbitos se reconoce la necesidad incontestable de cambios, y se identifican actuaciones determinantes en este sentido desde varias instituciones y organizaciones.

En tanto, Río Negro, en niveles de planificación, gestión y ejecución, tendrá seguramente que corregir rumbos, retomar sus banderas y profundizar el trabajo territorial que lo llevó a tener en la actualidad servicios de salud mental con

internación en los treinta y tres (33) hospitales generales de la provincia, orientados por una propuesta alternativa al encierro y la tutela. Aun hoy –con todos los obstáculos que presenta el sistema rionegrino- en un pequeño pueblo de la Línea Sur de la provincia, cuando llega una persona con una crisis psicótica, el mismo director del hospital la interna en una sala general.

En varias de las localidades rionegrinas se ha alcanzado un alto grado de desarrollo del sistema de atención comunitaria, mientras que en otras, esto no ha sucedido o se ha producido un retroceso.

Estimamos que este libro, hará lo propio para cooperar con los cambios provinciales y nacionales esperados, no sólo aportando elementos para el abordaje del padecimiento mental, sino -en boca de nuestro querido compañero Pablo Franco, otro gladiador que partió recientemente- denunciando el desgaste y deterioro del actual sistema provincial a través de una dura crítica, que a su vez es un llamado al compromiso con la desmanicomialización rionegrina.

Para concluir, quisiéramos transmitir algunas reflexiones finales probablemente fortalecidas por la distancia, ya que residiendo a casi 1000 km de Río Negro desde hace ya varios años, algunas apreciaciones cobran otra perspectiva.

Primero, resaltar que los capítulos de este libro se basan en una práctica concreta, de un sistema de salud mental funcionando sin manicomios, de actores integrantes de equipos multidisciplinarios insertos en hospitales generales, distribuidos en una amplia geografía. Es el contexto de los riesgos de la libertad, el que da marco a la tarea.

Segundo, destacar el valor y la capacidad de los autores de los trabajos, protagonistas cotidianos de la desmanicomialización, coherentes entre un discurso y una práctica, creando respuestas a las necesidades de los usuarios, donde no las hay.

Tercero, el grado de institucionalidad alcanzado por la desmanicomialización rionegrina -a pesar de las carencias de recursos materiales y otros obstáculos mencionados- nos obligan a redimensionar la noción de “Armada Brancaleone” como un componente determinante de la labor cotidiana, imprescindible toda vez que su presencia ha sido parte de la construcción de institucionalidad.

Lo que en Río Negro se da por obvio, por ejemplo la prohibición de aplicación de electroshock desde hace 25 años, en muchos lugares del mundo aún ni siquiera es materia de debate. Esta prohibición fue instituida por la ley 2440.

Por último, la desmanicomialización rionegrina tiene un aval científico, técnico y legal que no existía en sus comienzos. 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 26657 (2010) y el nuevo Código Civil (2014), le otorgan una solidez sin retorno.

Estas referencias, esta plataforma construida colectivamente entre técnicos, usuarios, políticos y ciudadanos rionegrinos, nos convoca, nos obliga a reiterar aquel vaticinio que ya hiciera un compañero de lucha y con el que titulara uno de sus libros (Schappapietra, 2002): *“La leyenda continúa”* ...

Graciela Natella - Hugo Cohen

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN RIO NEGRO 1985-2015

Lic Pablo Andrés Franco

BREVES REFLEXIONES HISTORIOGRÁFICOS

¿Cómo relatar la historia? Apenas recibido el encargo de mis colegas en la confección de este libro, surgió en mi la pregunta. Seguramente el lector está familiarizado con esta dificultad. Ya sabrá que no hay una historia “objetiva”, en donde lo único que puede decirse son los “hechos”. Si así, fuese, sería una larga crónica irónica de acontecimientos, similar a la grabación de una reunión en donde aparecen todas las ideas, todos los ruidos y todos los silencios en un mismo plano. Sería como aquel mapa de Borges que, en su intento de ser absolutamente fiel al territorio que describe, coincide con él en su tamaño, tornándolo absurdo. Una historia “subjetiva” sería, apenas, una opinión cargada afectuosamente por los odios y amores del relator. Aun así, habría en los medios infinitos caminos a defender ¿la historia como progreso? ¿La historia como lucha de clases? ¿El eterno retorno de lo mismo?, etc.... modestamente estas líneas solo quieren esclarecer al lector benévolamente interesado en un

proyecto que, aun hoy, genera debates. Y lo suponemos como alguien que visita nuestra provincia y desea entender porque las cosas son como se ven al momento de escribirse estas líneas (febrero de 2015). Más precisamente, cuales son las historias que aquí se **dijeron**, cuales sus protagonistas sus debates, sus peleas, sus odios y sus amores, las circunstancias que llevaron al proyecto de la desmanicomialización a ser lo que es hoy.

UN PANORAMA ACTUAL.

Si este viajero interesado viniera hoy a la provincia de Río Negro y recorriera la mayoría de los Servicios de Salud Mental que integra el sistema ¿Qué encontraría?

En principio, notaría una diferencia relevante entre los Servicios ubicados en las principales ciudades (General Roca, Cipolletti, Bariloche y Viedma) y los dispositivos en ciudades medianas y pequeñas. Ha sido un rasgo de las primeras la gran dificultad que encontraran en llevar los principios de la desmanicomialización a fondo. Enclavados en hospitales de mayor complejidad, los intentos de trabajar en la comunidad se han visto dificultados por la intensa demanda ambulatoria que debe afrontar la estructura del nosocomio, junto a una mirada tradicional del trabajo en salud mental que hace privilegiar la atención individual de usuarios en los consultorios externos. Esto deja poco espacio para las actividades interinstitucionales y comunitarias, que son los que el proyecto requiere y privilegia. Nótese que en estos ámbitos es donde deberían resolverse las nuevas problemáticas públicas que refieren a los grandes problemas sociales que aparecieron en nuestro país en los últimos 30 años.

Así, la violencia familiar, las adicciones, la marginalidad agobiante, los psicóticos con abandono, las personas declaradas inimputables por la justicia, los problemas de conducta juveniles y una larga lista de padecimientos empezaron a quedar fuera de la atención que estos servicios

debían brindar a la población. Más aun en ciudades con una complejidad social mayor.

Las respuestas que estos servicios dieron a tales situaciones fueron diversas. Algunos hicieron un esfuerzo sobrehumano por cubrir lo que consideraban dos frentes de trabajo, el de la demanda tradicional basadas en las clásicas derivaciones sintomáticas de la ansiedad y el de las nuevas problemáticas sociales complejas que aparecían como adicciones, violencia social, marginalidad, etc.

Este esfuerzo supo terminar en la “implosión” de algunos servicios o en el abandono liso y llano de las actividades extra hospitalarias. Todo dentro de un feroz conflicto que duro décadas donde ambas intenciones de atención, con sus respectivas modalidades técnicas, lucharon en una suerte de guerra que termino destruyendo todo intento serio de organización, sea cual fuere la orientación triunfante. Lamentablemente, nuestro viajero imaginario se encontrará hoy con la paz de los cementerios.

Algo un poco más alentador sucede en los servicios medianos y pequeños, en donde la desmanicomialización avanzó con fuerza. Al principio, estas localidades no contaban con servicios de salud mental en sus hospitales y fue este objetivo una de los grandes logros del proceso. Hoy prácticamente no hay ciudad o pueblo en nuestra provincia que no tenga al menos un referente de salud mental en su hospital.

En los inicios del proyecto, estas comunidades empezaron su camino con una evidente desventaja, ya que la atención de las problemáticas en salud mental debían ser atendidas a la distancia desde los servicios más grandes mediante las recordadas “patrullas “. Pero a medida que se cubrían las vacantes estos pequeños servicios son los que aun hoy se manifiestan como la muestra más fiel de la desmanicomialización. Verá allí el lector los mejores trabajos interinstitucionales y comunitarios sostenidos con la fuerza y el empuje de muchos trabajadores que han dedicado su vida a mejorar las condiciones sanitarias de las comunidades que

los albergan. Y no es esto un elogio sobreabundante, sino que la implicación de estos colegas en sus labores es digna de encomio.

Más allá de esta distinción entre servicios grandes y pequeños, el sistema como un todo está atravesado por desafíos que hoy se han transformado en urgentes. La desmanicomialización se caracterizó por un valiente y sostenido esfuerzo por dar soluciones reales, mediante una práctica renovadora y humanitaria, a los graves problemas que decidió enfrentar. El primero, que dio origen a todo el proceso, fue el cierre del manicomio y la atención en la comunidad de los trastornos mentales que tenían destino de institucionalización. Así, se logró el cierre del ala neuropsiquiátrica del hospital general de Allen que funcionaba como manicomio en 1988; la sanción de la Ley 2440 en 1992, la creación del Instituto Nuestra Casa en 1992, la creación de Camino abierto en Bariloche, el Congreso Nacional de Salud Mental realizado en 1994, la apertura de la Residencia Interinstitucional en Salud Mental Comunitaria, la creación de Servicios de Salud Mental en casi todos los hospitales de la Provincia, etc.... pero en algún momento (ya lo veremos) este proceso se detuvo. Una detención de respuestas que no fue acompañada por una detención o reducción en la aparición de nuevos interrogantes venidos de la realidad.

Lo que a mediados y fines de los '80 suponían los gestores de la Salud Mental (y toda la sociedad) de lo que sería este país, no fue lo que realmente sucedió en los '90. Nadie, en estos años iniciales de la república reencontrada, pudo imaginar los graves problemas sociales que aparecerían en esa década.

Cuando ya se había logrado generar un conocimiento, una metodología y una mística de trabajo para resolver los grandes enigmas que proponía la desinstitucionalización, el alud de la marginalidad ahogó casi hasta la asfixia al sistema de salud mental rionegrino. La violencia familiar, las adicciones, las conductas delictivas, los intentos de suicidio

cotidianos, la vejez abandonada, las madres solteras, los niños abusados y toda la galería del dolor imaginable desfilaron por los servicios de Salud mental de toda la provincia. Y el año 1995 marcó un profundo quiebre institucional del que costó mucho recuperarse. Todos los males citados, lejos de resolverse, se fueron agravando con el tiempo.

Sea por razones externas o por propias dificultades, el proyecto de la desmanicomialización se vio seriamente puesto a prueba. Y, a pesar del tiempo transcurrido y de algunos intentos más o menos exitosos de salir de esta situación, todavía hoy este impacto económico y socio-cultural resuena en los Servicios de la provincia.

Así, nuestro benévolo lector o inquieto viajero se encontrara con un sistema todavía perplejo, detenido en elaborar respuestas para resolver un enorme cumulo de tareas pendientes. Mas notará que, aun así, contiene (retiene) un estilo, hay todavía una manera de pensar optimista, un tesoro de historias y acontecimientos sucedidos y firmes personajes que son típicos de nuestra modalidad rionegrina.

Intentaremos explicar con más detalle lo que someramente describimos.

LOS AÑOS HEROICOS 1985-2000

La efervescencia democrática de inicios de los 80' encontro a la problemática de los derechos humanos como su primera bandera. El enorme esfuerzo por recuperar la dignidad de los habitantes de este suelo no solo se dedicó a las víctimas de la represión militar sino que avanzó en todos los frentes. La salud, la educación, la alimentación, acceso a la justicia, la paz social, también se consideraron derechos humanos en aquellos primeros días de la republica reencontrada. Se tenía bien claro la real dimensión de la bandera popular. La salud mental y su urgente revisión fue una de las caras de esos derechos básicos del hombre. Un trato digno, responsable y

continuo para aquellos sufrientes mentales que más lo requieren; fue, es y sigue siendo la gran tarea que asumió el proyecto desmanicomializador.

El clima social acompañaba este deseo que era ya una realidad urgente. Las prácticas de la institución psiquiátrica tradicional negaban dignidad a los sufrientes mentales, y lo que es aún peor, estaban vaciados de contenido. Ningún referente sincero de salud mental podía y puede sostener que en los manicomios se cura. Porque allí las prácticas sanitarias se vuelvan un “como si”: los profesionales hacen como si curaran y los usuarios hacen como si se recuperaran, mientras la sociedad hace como si todo el sistema funcionara. Así en un clima de renovación que se enfrentaba a un sistema asistencial en crisis, se produjo la llama de la desmanicomialización. Pero este proceso, como todos necesitaba un líder, un grupo de convencidos dispuestos a enfrentar todos los desafíos que se presentaran. Y una ideología que los cohesionara, renovada y reforzada por ritos y prácticas que fortalecían los espíritus.

El líder fue, sin dudas, el Dr. Hugo Cohen, jefe del Departamento de Salud Mental en el periodo señalado. Este notable ser humano fue quien catalizó las fuerzas renovadoras que llevaron adelante el proyecto. Una clara inteligencia, un carisma indudable, una solida cultura democrática, dotes de gran negociador y una convicción inamovible eran y son los rasgos que distinguen a un hombre fuera de serie como el Dr. Cohen. Si me permiten la confesión, es uno de las personas más destacables que pude conocer en mi vida.

Lo cierto es que poco hubiera logrado Hugo sin el apoyo de su esposa, la Dra. Graciela Natella y un grupo maravilloso de personas que decidieron acompañar la iniciativa desmanicomealizadora desde el inicio. Algunos los trajo su gestión, otras ya estaban, lo cierto es que en los principales ciudades de la provincia hubo un referente de este histórico grupo que llevo adelante las banderas de la ley 2440. El

Bolsón, General Roca, Viedma, Choele Choel, Rio Colorado, Cinco Saltos, Villa Regina y tantos otros servicios creados posteriormente, tuvieron fuertes referentes que dieron un estilo particular a cada uno de los Servicios de S.M. de esas localidades. Todavía hoy resuena en toda la provincia los ecos de esos días de mística y labor, de fuertes personalidades que enfrentaron los prejuicios y las trabas que encontraron a su paso. No eran héroes ni se sentían de esa manera, pero crearon un camino. En general, este grupo se había formado en los controvertidos años '70. Los había marxistas, peronistas, radicales, católicos o liberales, pero estas diferencias se supeditaron a la creación de un modelo sanitario que fuera digno de llevar ese nombre.

Si bien era indudable la autoridad del Dr. Cohen y del resto de sus colaboradores, un sano espíritu democrático campeaba toda esa agrupación. Aun ejerciendo importantes funciones públicas, ninguno de ellos cayó en la soberbia o en el autoritarismo. Los valores democráticos se transmiten con ejemplos y solo desde allí se transmutan los valores sociales. En este marco, las reuniones provinciales de equipo fueron (y son) la gran herramienta del cambio, el ámbito donde se discutían ideas, donde se llevaban los problemas para ser resueltos, donde se acompañaba a los colegas en dificultades, donde se consolaba a los caídos y se animaba a los empeñosos. Toda mística necesita sus rituales, y las reuniones provinciales eran la misa laica de la desmanicomialización.

No crea el lector que quien escribe haya pertenecido a este grupo. No son estas líneas una suerte de autoelogio o remembranza de épocas mejores. Sencillamente, sucedió así. Tómese el trabajo, nuestro esforzado acompañantes, de visitar los lugares antedichos o charlar con alguno de los que integraron aquel grupo (la mayoría todavía esta, otros ya se mudaron de vecindario...) y verá que lo que aquí relatamos es verosímil. Y me extendiendo en reforzar la veracidad de lo que

aquí relato, porque es poco lo que hoy queda de toda aquello, como iremos viendo en breve.

Procede de esta época heroica y en todos los servicios de la provincia, el descenso notable del tiempo de internación psiquiátrica, la cantidad siempre creciente de usuarios atendidos, la calidad de los resultados, el regreso de usuarios antes derivados a otros puntos del país, la atención en salud mental en cada localidad, una lenta pero persistente aceptación de la población general y del personal hospitalario del nuevo modelo, capacitación de primera línea para los efectores, reconocimiento internacional del proyecto, apoyo de reconocidas figuras, la difusión del modelo al resto de las provincias, etc.

Hubo avances importantes del trabajo en los centros de salud, El Bolsón y Cinco Saltos organizaron empresas sociales muy exitosas, Viedma se inicia en el manejo de una chacra e innumerables experiencias, con mayor o menor resultado, surgieron del empeño y la creatividad de los trabajadores. Todo expuesto y debatido en las reuniones provinciales, cuna también de grandes amistades, varios amores y algunos odios.

Pero los años '90 tocaron a la puerta. En 1995 la provincia entro en una profunda crisis socio-cultural, económica e institucional. El ajuste neoliberal entró sin permiso y comenzó a apretar todos las clavijas del aparato estatal. Y entre ellas el de salud mental. Fueron los tiempos de hacer sobrevivir a la desmanicomialización y los debates giraron hacia la racionalidad económica, el gasto del estado. Un tema a los que pocos quisieron entrar por sentir que no correspondía dar argumentos en ese sentido. Pero pudo haber habido mucho para ganar si se comparaba el gasto que implica mantener un manicomio con los que conllevaba la aplicación de la Ley 2440. Las instituciones psiquiátricas no solo son malas sino que son carísimas para dar un servicio paupérrimo, indigno e inútil.

En esos años (95 al 97 aproximadamente) se discutió seriamente en algunas reuniones la posibilidad de crear apoyos a la salud mental provincial por fuera de las estructuras del estado, como una suerte de ONG. Fueron tiempos de andar entre los ruidosos éxitos del proyecto desmanicomializador como entre la envidia y los celos que provocaba la figura del Dr. Cohen en la dirigencia provincial. Tiempo que termina cuando Hugo debe pedir licencia para realizar estudios en España, dejando en el cargo al referente del servicio de Choele Choele quien se abocó a descomprimir lo que se pudiera para permitir la supervivencia de la ley 2440.

El ocasional alejamiento tuvo un efecto positivo, pero efímero. No solo había críticas a salud mental centrada en Cohen, algo personal, sino que todo el país se desbarrancaba en el agujero neoliberal. Era ya mucho pedir a los servicios que elaboraran estrategias de inclusión social para una masa cada vez mayor de marginados. Los trabajadores comenzaron a pensar prioritariamente en proteger su fuente laboral. El entusiasmo se enfrió y solo había caras de preocupación en las reuniones provinciales, acompañadas de relatos y teorías de corte persecutorio que poco bien hacían.

Así las cosas, en el año 2000 Hugo dejó la jefatura del departamento de salud mental, puesto que había ocupado casi 15 años. La decisión fue tomada con dolor y aceptada con resignación y pena por la mayor parte de los equipos. Algunos le reprocharon este supuesto abandono. Pero hubo que aceptarlo: un ciclo extraordinario llegaba a su fin, más allá de las decisiones personales. Otro momento comenzaba.

EL LUSTRO INFAME NACIONAL (2000-2005)

Los tiempos que ponemos son subjetivos. Alguien puede decir que antes del 2000 las cosas ya se notaban oscuras o también que después del 2003 ya empezaban a aclarar. Pero sigamos.

La indudable autoridad moral del Dr. Hugo Cohen le permitió sugerir a la persona que lo sucediera. La elección recayó en un profesional que se había desempeñado en uno de los tantos servicios pequeños de la provincia, en donde la impronta desmanicomializadora había calado más hondo. Era joven, no pertenecía al grupo histórico del proyecto, pero su asunción fue saludada con gran beneplácito por todos los equipos. Sería acompañado por uno de los referentes con más trayectoria y de la más íntima confianza del Dr. Cohen. “Los muchachos”, como todos los llamaban, tuvieron una dura tarea que enfrentar. El clima social y político no solo era desfavorable, era destructor. El desafío era mantener la llama prendida hasta que calmara el temporal. Muchos, en muchos servicios, contribuyeron al esfuerzo al no ignorar las dificultades a vencer. Pero a veces la voluntad no alcanza. Lo más profundo de la crisis siempre estaba por venir. El terrible ‘95 solo fue un ensayo de lo que vino después. El hundimiento social de esos años iba arrojando a la marginalidad a millones de personas. Y esto produjo un estallido en la salud mental de los habitantes de este país. Así, la palabra de moda pronunciada por los trabajadores fue “desbordado”. Todos los servicios sociales colapsaron y la salud mental se sintió situada en el frente del combate, en la primera trinchera del cataclismo social más grave de nuestra historia reciente. La fuerza, creatividad, el empuje, y las ganas de los equipos se fue apagando.

Lógicamente todo esto fue aprovechado por las fuerzas más reaccionarias que se mantenían latentes. En varias localidades donde habían subsistido profesionales que nunca aceptaron la desmanicomialización, se empezó a observar esfuerzos por destruir el proyecto. Y se sumaron otros, a veces por falta de conocimiento profundo del proyecto desmanicomializador, por motivos personales o en algunos pocos casos por razones ideológicas.

Aunque en esos años oscuros no lograron dañar nada importante, su accionar corrosivo fue continuo y hasta me

atrevería a decir que aún hoy siguen presente sus efectos en la estructura de salud mental.

Nadie elige los tiempos que le toca vivir y ningún general tiene el ejército que desea al dar una batalla. Por eso es el ejemplo y la actitud frente a la adversidad lo que suele marcar la suerte de los verdaderos líderes. Lamentablemente los directivos de salud pública y de salud mental no presentaron en esos años, de manera clara, esa capacidad requerida para enfrentar las horas sombrías.

En vez de adoptarse una política seria, comprensiva de la situación, de acompañamiento a los que se comprometían en luchas a favor de la desmanicomialización, se observó en las autoridades una actitud complaciente. Como que lo logrado, por ser mejor que lo existente en otros lados, era suficiente para orgullecernos.

Junto a eso, quizás por una leve soberbia o por un “dormirse en los laureles”, o auto victimizarse, muchos alegaron que la finalidad no cumplida era “culpa” de otros. Que los defectos y fallas que se observaban en los Servicios eran causados por envidias o por oscuros y ajenos intereses. Y aunque un poco de todo eso pudo haber, no fue bueno el discurso resultante: “no nos quieren pero somos los mejores”. Esa era la idea circulante en esas épocas; claramente expresada o actuada con disimulo. Un freno para la búsqueda de soluciones apelando a la creatividad.

Esta justificativa fue tomando cuerpo. Y cuando prendía en algún equipo operaba para el programa como un letal veneno. Posiblemente haya sido tranquilizador para algunos darse tales excusas, echar la culpa a otros, suponerlos envidiosos, pero sea lo que sea, esta actitud aisló políticamente al proyecto. Y alejó a sus técnicos de la gente marginal y excluida. Se perdieron innecesariamente valiosos aliados mientras se mantenían los viejos enemigos.

Pensar que somos los mejores y que los demás solo nos quieren destruir por envidia u otra razón, no es el mejor camino para que los trabajadores de salud mental de Rio

Negro crecieran como grupo humano. Y si a esto le sumamos los proyectos personales de “salvarse uno”, “ver como permanecer” en la catástrofe socio-cultural que se vivía, nos podemos dar una idea del riesgo que hubo de hacer naufragar a la desmanicomialización.

Para el año 2001, el desanimo se hacía evidente y cada vez mayor. Las reuniones provinciales se transformaron en una mueca, una triste caricatura de lo que habían sido. Solo era un espacio de catarsis y de manifestación de rencores varios. Todo reflejo de la atención que se empezaba a dar en los hospitales.

En esos años comenzó a arriarse una de las banderas máspreciadas del proyecto: la atención de todos los usuarios en los servicios públicos de la provincia. Las derivaciones a clínicas privadas y fuera de Rio Negro pasaron de ser una dolorosa excepción a un mero trámite burocrático. Esto fue especialmente notable con las problemáticas ligadas a las adicciones. Y lo que debió ser un pequeño arroyo se transformó en un aluvión, que también incluyó a los usuarios símbolos del proyecto: los usuarios psicóticos. Los lazos de solidaridad entre servicios se rompieron. Fue el reino del “que cada cual se las arregle como pueda”.

Una sorda indiferencia se apoderó de algunos equipos. Hubo técnicos que emigraron a otros destinos laborales. La desmanicomialización, a algunos, comenzó a defraudar. Tal vez lo peor fue constatar que dentro de los hospitales ya no éramos una excepción, sino que nos cabían todas las generales de la ley. Y todo esto abrió, porque no puede darse de otra manera, una grieta entre los que conducían y los conducidos. La amistosa confraternidad, el espíritu democrático, los sanos debates dados en el inicio del programa en las reuniones provinciales, dejaron paso a la indiferencia, a servicios que dejaron de concurrir a las asambleas provinciales. Empezó a predominar el descompromiso.

Bien decían los antiguos romanos que lo que nunca debe perderse es la fe pública, la confianza de los que trabajan en sus líderes. Y eso precisamente fue lo que en este lustro desgraciado se fue deshaciendo, independientemente de las intenciones de aquellos que conducían. “Los muchachos” dejaron de ser sentidos por algunos servicios como conductores de un proyecto común. Y hasta algunos de los líderes históricos abandonaron su creatividad para transformarse en una suerte de arcontados, o de miembros de un consejo de ancianos o de notables que solo recordaban con sus presencias los viejos tiempos.

Se aquietó, en muchos servicios, la creatividad. Parecía que nadie se atreviera a plantar y llevar a cabo los urgentes cambios requeridos ante la debacle producida por el neoliberalismo. No se intentaba ni debatir nuevas respuestas ante los nuevos y grandes desafíos del momento. El incesante goteo de casos mal atendidos que ya venía habiendo se transformó en un torrente. Los “turnos”, costumbre medica que debería desterrarse de salud mental comunitaria, cerraron aun más el acceso de los marginados a su atención.

Hubo algunas, escasas, iniciativas en esos años que fueron duramente combatidas por algunos sectores. Por ejemplo, en el año 2001 se inauguro en una ciudad un dispositivo destinado a alojar y atender a personas con suftimiento mental a cargo del poder judicial (art. 12 de la ley 2440), es decir, personas que habían cometido un delito en estado de alienación. Para ello, se había previsto el ingreso de operadores de salud mental. La oposición a la iniciativa fue feroz y el apoyo de las autoridades de salud mental fue mínimo. Las críticas sostenían que estaban “desbordados” y que no se podía atender a nuevos (a esos) pacientes. Situaciones como estas se repetían en otros lados. Los Servicios se cerraron sobre sí mismos en un intento de auto protegerse. Defensa paranoide le dicen. Y una multitud de marginados que esperaban respuestas de Salud Mental

quedaron expectantes, como voces no escuchadas que ponían en severa tela de juicio a todo el proyecto de la ley 2440. Pero todavía no estaba dicha la última palabra.

UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD (2005-2007)

Con el cambio de gobierno nacional y provincial en el año 2003 hubo una sensación de aire fresco, de un nuevo renacer desde las cenizas. Lo peor de la crisis nacional había pasado y había llegado la hora de barajar y dar de nuevo.

Las nuevas autoridades sanitarias comenzaron lentamente a reconstruir el área. Observaron todas y cada una de las direcciones, evaluando los caminos a seguir. Al llegar a Salud Mental lo que vieron no les gustó para nada. Una conducción desgastada, burocratizada, que no encontraba un modo de hacer que coincidiera con el necesario compromiso con las tareas que suponía debía tenerse, y con un discurso enancado en aquello de “somos los mejores en Argentina”, cercado por ideas conspirativas que explicaban el déficit que se hacía notorio. Todo muy poco prometedor.

La tradicional jefatura de departamento era un escalón burocrático con poco poder de decisión, escondido en la maraña sanitaria. El Dr. Cohen había preferido ese lugar en la estructura sanitaria provincial ya que lo ponía a salvo de los cambios políticos, garantizando así la permanencia del proyecto. Pero la gravedad de la situación económica, social y cultural amenazaba ahora todo y solo desde una acción política podía intervenir en el curso de los acontecimientos. Ya el viejo departamento, que siempre había sido una pequeñísima oficina enmascarada donde Hugo recibía a todos los que quisieran verlo en cualquier momento, también estaba en crisis y en lista. Se temía una lisis de ella, afectando a la desmanicomialización.

La Ministra de Salud decidió convocar a José Schiappa Pietra, Pepe para todos, para que ocupe, ya no la oficina de un departamento de salud, sino una nueva dirección provincial

de salud mental. La noticia fue un baldazo de agua fría para algunos que conocían sus ideas. Parecían ignorar la naturaleza profundamente humana de Pepe. Este profesional, venido de Santa Fe en 1978, fue uno de los que ya trabajaban en la provincia cuando el Dr. Cohen fue elegido jefe de Dpto. Inmediatamente se unió al proyecto y fue uno de sus sostenes en la ciudad de General Roca. Su capacidad de trabajo, compromiso, inteligencia, infinita bondad, hicieron de Pepe uno de los grandes referentes de la salud mental rionegrina. Su designación en ese puesto era inobjetable. Pero él no venía a “permanecer” en una crisis sino a cambiar las cosas. Venía a hacer cosas, y si no podía hacerlas, se iría.

Su bandera de trabajo fue “entrar a los servicios” con el objeto de reformular las prácticas y poder enfrentar los desafíos que se habían acumulado en el tiempo. Para eso debía servir el cargo político. Ya no podía esperarse más para trabajar con la violencia familiar, las adicciones, la marginación social, las conductas violentas y todas las caras de la miseria humana que nos dejó la segunda década infame. Pepe propuso a todos los servicios unos “lineamientos” que abrían un espacio serio de discusión para las practicas. Su objetivo era readecuarlos a los desafíos que había que enfrentar. La reacción no pudo ser peor en algunos, lamentablemente importantes por la cantidad de población que tenían a cargo. ¿Cómo van a cuestionar nuestro trabajo? ¿Encima que estamos “desbordados” tenemos que cambiar? ¿Si somos casi los mejores del país, porqué cambiar? Esta fue la bandera que explícita o implícita enarboló cierta “reunión de auto-convocadas” del año 2006, donde muchos, paradójicamente liderados por algunos trabajadores que eran los que mejor hacían las cosas, salieron con los botines de punta (expresión futbolera).

Pepe no se sorprendió, sabía perfectamente que a nadie le gusta que le digan que tiene que cambiar. Todo cambio es doloroso aunque beneficie luego al que lo lleve adelante. Y

supo entonces que el camino a recorrer, si quería ser honesto consigo mismo y con sus compañeros de siempre, implicaba generar espacios alternativos para los tratamientos y nuevas maneras de resolver los graves problemas que trajo la marginación.

Pepe recorrió toda la provincia hablando con todos y cada uno de los servicios, explicándoles las necesidades de la gente y la urgencia en cambiar la modalidad de trabajo. Los diálogos fueron especialmente intensos con los Servicios de las ciudades mayores. Intensos, desagradables y como supone el lector, infructuosos.

De todos modos cosas se conseguían. Como ejemplo de lo logrado digamos que en una de esas ciudades mayores, a pesar de la oposición a “cambiar”, el Gobernador de la provincia destinó un complejo de casas en uno de los barrios marginales de la ciudad para su uso en salud mental. Y se invirtió una suma apreciable de dinero en refaccionarlas como dispositivo comunitario (algo apreciable si se tiene en cuenta lo que habitualmente se destina para salud mental).

Pero las reacciones de muchos miembros de los equipos fueron de rechazo total a la iniciativa de cambio. A pesar de que decían entender la necesidad de la gente.

Esta actitud, que no puede endilgarse a un solo equipo, según mi entender, era por esa época algo generalizado venido como herencia de los terribles años pasados. Los trabajadores decían estar agotados, no querer saber nada de “nuevos desafíos”, “reformas” o “nuevos modos o métodos de trabajo”. Era una actitud a atender, respetable, porque muchos agentes habían pasado por el “burn out”, el quemarse en una constante exposición a los dramas generados en los años anteriores. Era como querer que un grupo de tullidos atendiera a una multitud de rengos.

Entrar a los servicios, se descubrió, requiere más que el poder que pueda tener una dirección de salud mental. Es algo a hacer con cargo de secretario de estado, con aval de ministro y gobernador. Es algo que algún día habrá que hacerse.

Más no se acabó en esta política de “entrar a los servicios” la gestión de Pepe. También en esos años se establecieron fuertes lazos de cooperación con la secretaria de promoción familiar, liderada por la Lic. Maite Spina. El encuentro de ambos funcionarios no pudo ser más feliz, una corriente de mutua simpatía y respeto profesional unió a estas personas en el momento en que más lo necesitaba la provincia.

Se realizó en Mayo de 2006, en el colegio Don Bosco de Viedma, la presentación conjunta de un marco de cooperación entre ambos ministerios (salud y familia), invitándose a todos los efectores de salud mental y de promoción familiar de la provincia. Era la primera vez que había algo así. Un intento de coordinar tareas y, porque no decirlo, superar desconfianza y enemistades sembradas en años. Tampoco esta reunión generó mucho entusiasmo. Quizás no se explicitó bien el objetivo de la misma o la actitud resistente del sistema era muy fuerte para que de ella surgieran acuerdos de trabajo intersectorial. Estaban desbordados.

Pero no todo quedó en un mero intercambio ministerial de ideas, sino que se dieron pasos hacia uno de los proyectos más innovadores de los últimos años. El proyecto ECIS (Espacio Comunitario de Integración Social), destinado a los adolescentes en situación de riesgo social. Este proyecto surgió de la integración de esfuerzos de la Nación, (que aportó materiales didácticos, capacitación y monitoreo en los primeros tiempos); Ministerio de salud, que aportó profesionales; Ministerio de Familia, que sumó Operadores; y los municipios que ofrecieron espacios físicos para que se abrieran esos ECIS en Allen, Ingeniero Huergo, Villa Regina, Catriel, Lamarque, San Antonio Oeste, Río Colorado e Ingeniero Jacobacci. Hasta hoy no hubo proyecto más ambicioso.

Durante esos años 2007 y 2008 se trabajó coherentemente con la población que concurría a los ECIS. El resultado no pudo ser mejor. Estos dispositivos convocaban a los jóvenes

en riesgo social a asistir (visitar) a talleres de música, deportes, apoyo escolar, oficios y cualquier inquietud que los mismos adolescentes propusieran. A partir de ese contacto, un equipo interdisciplinario compuesto de profesionales y operadores se acercó a esos jóvenes para escucharlos y acompañarlos en sus vidas atravesadas por el dolor y la marginación social.

Todo aquello que Pepe había generado en el instituto Nuestra Casa en 1992, sirvió de base teórica para el proyecto, reforzado por los aportes del Lic. Alfredo Carballeda, quien visito varias veces la provincia para acompañar el proceso. Este saber teórico fue llevado a la práctica desde el Ministerio Asuntos Sociales por la gestión de Maite Spina y la profesora Alejandra Buyayisqui, quien estuvo, nominalmente a cargo del proyecto ECIS, hasta el 2011.

Otra línea de trabajo durante la gestión de Pepe fue la recuperación del Instituto Nuestra Casa. Por ese entonces, en la disputa de 20 años por ese dispositivo, el control de ese primer dispositivo de salud mental de la provincia había quedado en manos de gente muy ligada al trabajo meramente hospitalario (trabajos en guardia, consultorios y en sala de internación). Con dependencia del hospital, eso traía efectos: la cantidad y calidad del trabajo de inclusión social perdió peso notablemente.

En un primer momento, se intento retomar la senda que marca la desmanicomialización como política provincial, reemplazando al jefe de servicio por un profesional comprometido con los lineamientos de la ley. El director del hospital se opuso, prefiriendo “proteger” (¿) a los profesionales de su Servicio de salud mental. Parece mentira pero un “gran jefazo” no se dio cuenta que atendiendo a loables sentimientos de pertenencias grupales, se dejaba de lado la política de salud mental. Finalmente, se acordó separar nuevamente al instituto Nuestra Casa del Hospital y ponerlo bajo la órbita de la zona Sanitaria, decisión que

permitió al instituto recuperar su estilo de trabajo, uno acorde a la finalidad de inclusión social.

A pesar de los avances logrados en la generación de los ECIS y en la recuperación del Instituto Nuestra Casa, en diseñar otro dispositivo de inclusión social en una ciudad importante de Río Negro y en dotar a muchos servicios de personal necesario, el desafío central de la gestión de Pepe estaba empantanado. El triste legado del neoliberalismo, acompañado por varios años de gestiones burocratizadas, hizo su efecto. Nadie quería cambiar, nadie quería enfrentar los nuevos desafíos, muy pocos colaboraron con promoción familiar. Pepe no los culpó, siempre los entendió, pero también supo que su gestión no tenía razón de ser. Como dije, el había ido a Viedma a cambiar las cosas. Si no se quería, no podía motivar y persuadir para un cambio o no sabía cómo encontrar acompañantes, su decisión primera era volver al llano. Los “anti” se frotaron las manos, habían zafado. Y esperarían, como creo que esperan, hasta algún día cuando alguien con “sus ideas” ocupe esa silla en el viejo departamento ahora declarado Dirección (esto de la silla es literal).

Haciendo honor a lo que es, Pepe volvió a lo que antes hacía. Inicialmente pidió el pase al Servicio de San Antonio Oeste y finalmente volvió a Lamarque, donde vive, rodeado del respeto y cariño de sus compañeros, vecinos y familiares. Años más tarde, en 2014, recibió un merecidísimo reconocimiento y aplausos de todos los servicios de Salud Mental de la provincia. Pero en 2007 y volviendo a esta historia, la segunda oportunidad había terminado.

LA REACCIÓN DE LA MODERACIÓN 2007-2011

Luego de una muy breve gestión de la histórica referente del El Bolsón Dra. Analía Broide, brillante por donde se la mire, todos los servicios acordaron que la persona que debía continuar al frente de la dirección de salud mental era la jefa

del servicio de una de las grandes ciudades de Rio Negro. El acuerdo fue unánime y aprobado por las autoridades sanitarias. Como en las anteriores oportunidades de recambio anteriores, una expectativa muy positiva se había generado en torno a esta profesional de larga trayectoria en el proyecto.

Históricamente, se había mantenido entre todos los miembros de los equipos de Salud Mental una cierta cordialidad, un respeto a las diferencias y un cuidado por la unidad que había mantenido fuerte y cohesionada a la entidad provincial desmanicomializadora. Si bien había diferencias políticas o personales, las mismas se habían tratado de limar en pro de un destino común. Y esto había sido especialmente notable con Pepe, quien había conservado en su gestión a “los muchachos”.

Como en ciertos Servicios había espíritu de revancha, esa estrategia de conducción permitió que se pudieran disminuir logros del periodo anterior. Los acuerdos con promoción familiar fueron suprimidos inmediatamente. Y la descalificación al trabajo de los técnicos de otros sectores volvió a ser la marca que caracterizó el discurso de algunos grupos de técnicos en salud mental. Ese espíritu de creerse mejores, apropiarse de lo hecho por los fundadores de la desmanicomialización en los años heroicos, se transformó en algo generalizado. Y por supuesto nada de autocrítica ante el modo de trabajar de los servicios, nada de revisar las metodologías, nada de apertura a otros sectores del estado; salud mental siempre tuvo razón, siempre estuvimos en el camino correcto, nadie sabe más que nosotros. Lamentablemente, este camino fue apoyado desde el Ministerio de Salud por funcionarios que habían ejercido anteriormente el cargo de directores de Hospitales y que por eso tenían buenas relaciones personales con los que ahora estaban a cargo de los Servicios de Salud Mental.

Al Instituto Nuestra Casa volvieron a circular ideas propias de los sectores resistentes a cambios en la modalidad

terapéutica. Y como poca simpatía tenían algunos funcionarios ministeriales hacia la segunda oportunidad, fue fácil anular en ese dispositivo lo que anteriormente se había conseguido. Obviamente esa entidad volvió a la órbita del hospital, acabando con la primavera de los años anteriores, algo publicitado como la resolución del largo conflicto habido en torno a ese desdichado dispositivo. Aren Cartago.

Algo similar sucedió en el servicio de S.M de Bariloche, en donde el notable emprendimiento de “Camino Abierto” fue dejado aparte de la política local de salud de su hospital general. Una de las mejores cosas que tiene la Salud Mental en Rio Negro es poco conocida por muchos trabajadores del resto de la provincia. Este dispositivo ofrece un espacio de arte e integración social a los usuarios menos favorecidos, consiguiendo notables mejoras en sus tratamientos y una presencia destacable en la comunidad, luchando contra los prejuicios sociales y la marginación que siempre acompañan a la locura.

El modelo fue el modo de funcionar del Servicio de alguna ciudad grande, donde menos habían prendido los modos desmanicomializadores de hacer las cosas. Aquella discusión entre servicios hospitalarios resistentes y dispositivos extra hospitalarios que ofrecieran modos alternativos a las clásicas terapéuticas, se resolvió por la primera opción. El trabajo intrahospitalario en consultorio gana el modo. Y con eso se acalló la importancia de las alternativas técnicas que empezaban a brotar en salud mental, en el instituto Nuestra Casa y Camino Abierto por ejemplo.

Destino similar corrieron los ECIS. Se retiró todo apoyo al proyecto, incumpliendo los compromisos asumidos desde la dirección de salud mental y el Ministerio de salud. Se boicotearon los ingresos de profesionales para esos equipos, utilizando como excusa los celos que había provocado en los servicios el accionar de estos nuevos dispositivos en las áreas programas de salud.

Los equipos ECIS perdieron todo contacto con salud mental, quedando bajo la órbita de Promoción Familiar. Toda la problemática de violencia y marginalidad juvenil, adicciones, etc., que los Servicios pudieron haber trasladado para su atención a esos dispositivos, quedó en la nada. Una visión mezquina de la política sanitaria hizo perder al proyecto desmanicomializador una amplia rama de trabajo fructífero que hubiera beneficiado a los jóvenes de la provincia.

Mas las cosas no terminaron aquí. Lo peor fue la indiferencia reinante en los equipos ante tal situación. Y la pérdida de entusiasmo de los años heroicos se volvió especialmente visible en las reuniones de equipo. Pero siempre se puede estar peor.

EL DILUVIO 2011-2015

Todavía faltaba descender algunos escalones. Siempre se temió un cambio de gobierno, un giro en el signo político del estado provincial. Durante 28 años fue la unión cívica radical el partido gobernante. Con sus altas y sus bajas el proyecto siempre había sido apoyado, a veces con convicción y a veces a regañadientes. Algunos se sentían incómodos por el hecho de que un partido al que suponían poco revolucionario hubiera sostenido este modelo durante tanto tiempo y resistiendo todas las críticas que le tiraron. Pero así son las cosas. Como alguien dijo, la única verdad es la realidad.

El advenimiento del peronismo al gobierno era una posibilidad que muchos temían, no por las características específicas de este movimiento sino por la actitud que podría tomar frente a un sistema heredado del gobierno anterior. Ya sabíamos internamente y en grado menos, lo que una actitud revanchista podía generar. Por lo tanto, el año 2011 vino cargado de expectativas.

El regreso de “los muchachos” al sillón de Hugo Cohen fue recibido con una sensación ambivalente. Por un lado, el alivio de saber que, a pesar de todo, eran “de los nuestros”. Sin

embargo, el recuerdo del lustro infame estaba todavía presente, aunque a ellos no se les pudiera achacar el contexto sociocultural en que debieron moverse.

La memoria histórica, por lo menos en Argentina, tiene una flacura impresionante. El recuerdo de lo pasado en los 90 se fue disolviendo en una nueva mayoría de jóvenes técnicos y profesionales de salud mental que había ingresado a la provincia hacía pocos años y no habían vivido gestiones anteriores. Un lento pero persistente cambio generacional se había producido. Muy pocos recordaban o habían vivido los años heroicos, sea por su edad o porque el ámbito privilegiado de encuentro que eran las reuniones provinciales, prácticamente habían desaparecido.

Como todo gobierno tiene derecho a poner de funcionario a gente de su confianza y dar una oportunidad a aquellos que estaban en las segundas o terceras filas, cambios políticos en la alianza que era el gobierno actuaron para una nueva sucesión. “Los muchachos” volvieron a irse. Y llegó alguien prácticamente desconocido para el resto de los servicios provinciales. A pesar de su edad (ya peinaba canas) casi nunca había participado en las reuniones provinciales ni se conocía su voz. Era miembro marginal del equipo de salud mental de Viedma y había pasado desapercibido muchos años. A veces es bueno dar oportunidades a aquellos que no las tuvieron, sea por experiencia o por sus opciones políticas, pero este no tenía el carisma de Hugo, o la trayectoria intelectual y el respeto que se le tenía a Pepe. Había que ver. Lamentablemente, según mi opinión, la elección no fue feliz. Y esta oportunidad de cambio se desaprovechó. Sea cual sea la evaluación de su gestión, queda la impresión de que algo deseado no se pudo con él concretar. Quizás el mal mayor fue que los conflictos políticos de la coalición gobernante se trasladaron al área de salud mental, cosa que no tenía antecedentes. Para bien o para mal salud mental tenía cierta autonomía ideológica y técnica que se respetaba.

Lamentablemente esto también se perdió. Al elegirse como director de salud mental a alguien “del pueblo” y sin demasiados antecedentes conocidos, se instauró un precedente peligroso para el proyecto: se ató ese lugar de poder, directamente, con el partido gobernante y no con las aptitudes técnicas que se requieren. Se era Director de Salud Mental no por la capacidad técnica o por su trayectoria desmanicomializadora, sino por la afinidad partidaria evaluada por el Ministro.

Las prevenciones que el Dr. Cohen tomaba frente a este punto, se volvieron especialmente ciertos en los últimos años. Pero un día se cansaron de él y como Director fue reemplazado por alguien que con buena formación profesional habiendo sido trabajadora en varios servicios fue designada por los funcionarios de la política de turno.

COROLARIO.

A pesar de todo lo que el lector puede entender como crítica volcada crudamente en esta historia, debe reconocerse que Rio Negro sigue siendo una provincia que pudo cambiar radicalmente su sistema de salud mental. La experiencia es única e invaluable. Las discusiones, los desafíos, los amores y los odios en algunos casos han sabido fortalecer a sus actores. Si alguien quiere aprender sobre desmanicomializar, algo es lo que nosotros, los de Rio Negro, podemos decir sobre ello. Ya no es la época de la propaganda estridente sino la de ofrecer humildemente nuestro saber. En estos últimos tiempos se aprobó la ley nacional de salud mental que recoge buena parte del espíritu de la ley 2440 rionegrina. Muchas provincias están siguiendo este camino. La promocionada lucha por la integración social de estos últimos años tiene un importante antecedente en esta maravillosa tierra.

Encontrará aquí el visitante, si sabe buscar, una nueva manera de hacer las cosas, una modalidad que se abre paso frente a las adversidades.

Las revoluciones de las que muchos hablan y pocos saben son siempre dolorosas. No hay aquí héroes, simplemente personas que se pararon y le dijeron ¡basta! al maltrato, no a la marginación, no a los tratamientos inútiles y para unos pocos.

Debemos entender entonces a la desmanicomialización como una tarea en continua realización, de rectificación de procesos sociales burocráticos y de transformación constante de la organización sanitaria donde se lleva a cabo.

La desmanicomialización es una actitud ante el sufriente mental, una mirada humanista, democrática e integradora del sujeto humano. No se mide en logros o en estadísticas, se la evalúa por gestos, conductas, por su ética de trabajo en equipo, en el compromiso por el otro. Como una mística laboral.

El visitante ocasional deberá observar como es el trato que se da en Río Negro al sufriente mental, más que las cosas terapéuticas duras que le intenten mostrar.

La ley 2440 no solo es un papel escrito que ordena unas cosas y prohíbe otras. Es una herramienta para construir un mundo mejor desde el trabajo cotidiano. Allí donde vea alegría, entusiasmo, compromiso, respeto por el usuario y el compañero, allí estará la desmanicomialización marchando. A pesar de los obstáculos. A pesar de las frustraciones. A pesar de las derrotas. Quien quiera acompañarnos, deberá dejar muchas cosas en el camino. Mucho de una formación universitaria que no lo preparó para lo que se busca en Río Negro, una serie de prejuicios con respecto a la locura, a la pobreza y a la marginalidad. Incluso deberá en parte resignar el prestigio que pueden dar las prácticas “respetables” de la profesión y aun de la clase social.

Deberá prepararse para el barro y las lagrimas. No es para todos trabajar en esto, como tampoco es para todos, la

vocación por el arte, la ciencia o la política. Esto no implica un espíritu elitista o sectario, sino que sencillamente trabajar para la inclusión social es algo diferente. Requiere una serie de cambios de mirada que no todos pueden realizar.

Quien vea que este no es camino para él, será siempre igual nuestro amigo. Aunque no sea compañero de trabajo. Porque el ejercicio de esta modalidad implica una actitud que no puede exigirse a quien no quiera asumirla.

He aquí nuestra historia, espero que les sirva al lector para entender esta maravillosa experiencia que ya lleva treinta años.-

FINALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

(De Salud Mental Comunitaria en su Modalidad Rionegrina)
Lic José Schiappa Pietra

Apertura

Algunos profesionales que conocemos, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, diversos técnicos psi, al concluir los tratamientos que llevan a cabo nos han dicho que los embarga la sensación de que algo sin hacer les ha quedado pendiente. Una impresión de disconformidad difusa, aunque hayan conseguido el objetivo que tradicionalmente se persigue en lo que hacen. Sospechan o intuyen que en la composición de esa cura hay cosas que no se “añadieron”. Como que habiendo alcanzando lo que pretendían, el resultado se les presentase inacabado, parcial o como quiera decirse.

¿Qué pueden presentir habiendo más allá de lo que normalmente se obtiene con esas prácticas?

Nosotros creemos que en general, aquello que sienten faltarle a sus tratamientos, es algo social. Que debe buscarse donde generalmente no buscan las terapéuticas clásicas, en el contexto socio-cultural y en la vida cotidiana de los sufrientes mentales que se atiendan.

Empezamos diciendo esto porque es nuestra intención hablar de inclusión social, de reinserción social, la que debe coincidir con lo que llamemos cura al finalizar un tratamiento.

Desarrollaremos este tema, sobre la finalidad de nuestro modo de trabajo en salud mental, apoyados conceptualmente en una teoría comunitaria que quizás el lector no conozca. Sepa pues disculparnos si por ello algunas nociones se le presentan oscuras o si considera que nos hemos detenido exageradamente en desarrollar algunas cuestiones.

Pero aprovechando este paréntesis aclaratorio, apuntamos que según nuestro entender esta teoría no viene a contradecir las tradicionales, aquellas que ya ocupan un lugar de privilegio en las academias. Si bien es cierto que en algunos puntos difiere grandemente de estas, en lo esencial parecen coincidir. Quizás sea en la práctica concreta que propone donde más se noten diferencias.

Sujeto de la cultura

Desde nuestra teoría comunitaria y siguiendo a José Blejer, postulamos un Yo complejo. Que somos grupo antes que individuo. Digamos ahora también, que ese Yo es de la cultura y que así caracterizado debemos entenderlo además como Yo-grupo-contexto.

En los orígenes del proceso de desmanicomialización rionegrino, allá por 1984, trabajamos cierta idea que ahora creo conveniente retomar: que somos sujetos de la cultura. Porque siendo también sujetos biológicos, de necesidad, de la norma, de la ley y del deseo, para ayudar en procesos de inclusión social nos es necesario atendernos (y entendernos) desde todas estas perspectivas intelectuales. Y nunca concebir a quien nos pide ayuda desde un solo y particular enfoque clínico sino comprenderlo en su concreto vivir.

Ahora, al hablar de finalidad, rescatamos esa idea. Y afirmamos que ser sujetos de la cultura es la más ajustada y precisa definición de aquel que atendemos en el vivir

cotidiano. En el natural lugar donde haciendo lo que nos es existente (y todo lo concebido y elaborado por el hombre es producto cultural), nos hacemos personas con los demás.

Por lo dicho, si el sujeto que somos es de la cultura estamos substancialmente imbricados con lo más propio que como seres humanos hemos hecho, con el contexto socio-cultural. Entonces debemos expandir nuestra idea de Yo: concebido inicialmente como simple grupo, lo vamos concibiendo con el todo de lo creado, con el contexto material, cultural y social. Histórico y moral.

Como sujeto de la cultura el ser humano es alguien hacedor del lugar en que se ha situado. Creador de ese fondo de existentes que es nuestro escenario vital, donde nos figuramos y representamos siendo). Y vivimos entre cosas que serán, filosóficamente hablando, cosas en sí, pero que como seres humanos las vivenciamos existiendo según la cualificación que les hemos atribuido al captarles-adjudicarles significados y sentidos.

En síntesis y conclusión, hay como una especie de “telón de fondo” que también refiere a nosotros como sujetos de la cultura. Un elaborado y personal tejido de realidades. Un “escenario de vida” que construimos para figurarnos siendo con él.

A esta idea de que somos sujetos de la cultura debemos también sumar que exclusivamente poseemos entre los seres vivos un modo comunitario-verbal de registro de lo existente. Una manera simbólica. Y que por tal virtud, las cosas y hechos captados mentalmente con un valor significativo que también poseen los animales, ganan cualidades alegóricas.

Nuestro registro comunitario al que llamamos figurativo es un registro simbólico. Nos permite enlazar lo ausente a lo que apreciamos presente, algo notable. Sobre todo tramas sociales vividas para con ellas captar-adjudicar en lo presente lo histórico y moral. Así dar sentido a la realidad.

El lenguaje, recurso básico para el registro mental figurado, es también esencial en la composición del sitio que nos damos

para vivir. Tanto que si a alguna cosa no podemos nombrarla, aunque esté en el contexto objetivo, la ignoraremos.

De manera parecida al efecto que producen las rupturas de enlaces entre representaciones en un espacio instituido (así se anula el significado de algo y el Yo evita que sea iluminado por la consciencia), el Yo ignora a lo que no damos palabra. Pero como dice el refrán, parecido no es igual. Son dos cosas distintas.

Como mecanismos de desatención de lo existente, la ausencia de palabra que designa solo nos permite desestimar aquello del contexto que no es necesario registrar conscientemente en una situación dada. Algo diferente a la ruptura de enlaces significativos que el Yo realiza en los espacios institucionales para deliberadamente quitarles posibilidad de hacerse consciente. Que tampoco ganarán palabra, obviamente, pero por razones de tal rompimiento perturbador.

Como esta ruptura de enlaces requiere un constante esfuerzo (energía) psíquico, pueden terminar produciendo esos estados patológicos que caracterizamos de neuróticos.

Los tratamientos.

Con las ideas básicas de ser sujetos de la cultura, poseer un registro mental simbólico y una sociabilidad de origen, tratemos de avanzar en la comprensión del para qué hacemos los tratamientos en salud mental, la finalidad de los mismos.

Siempre hay correspondencia entre los conceptos explicativos y las técnicas, métodos y dispositivos que se utilizan para llevar adelante los tratamientos de salud mental. Es algo que cualquiera lo puede confirmar observando las concordancias entre las teorías de base que se utilizan y él para qué y cómo hacen las prácticas los innumerables técnicos.

Y eso vale para nosotros. También la finalidad de nuestros tratamientos guarda coherencia con el marco conceptual que nos vimos obligados a desarrollar para orientarnos, con las

técnicas que aplicamos con mayor asiduidad y con los nuevos dispositivos que fundamos para mejor operar.

Una característica del marco teórico comunitario que sustenta nuestro hacer en salud mental, es que no hace una abusiva referencia a datos aportados por la subjetividad de los afectados. Registramos del “texto” y del contexto. Tan es así que supieron “acusarnos” de que abordábamos la problemática de lo mental solo desde la socialidad de los hechos.

Aclaremos primero que no es lo mismo la socialidad de los hechos que la sociabilidad que poseemos. Luego, agreguemos que la sociabilidad tan descuidada en los estudios psicológicos es sí, objeto de nuestro interés. Pero durante los procesos de cura, no desdeñamos, ni mucho menos, lo subjetivo. Esa cualidad del fenómeno mental es valorada en su registro. Es información siempre pertinente y valiosa al dar sentido a nuestras terapéuticas.

De todos modos, aunque nos haya traído críticas, debemos decir que es al ser humano sufriente como sujeto de las diversas agrupaciones donde concreta su existencia, al que atendemos. Lo atendemos y entendemos en las agrupaciones que integra, en lo social que lo determina y no solo por lo que subjetivamente sienta propio.

Ante tal perspectiva terapéutica declarada, no es posible desarrollar este tema de la finalidad de los tratamientos de salud mental si apelar a explicativas sobre la macro-red continente de interacciones humanas, en lo que denominamos grupos, instituciones y comunidades.

Pero nunca dejamos de tener una perspectiva psicológica, nuestros estudios atienden la conducta humana. No caímos en el puro campo de la sociología; en el análisis, conceptualización y entendimiento de las operaciones de las supra-estructuras sociales. Y nuestros tratamientos se orientan con una teoría que buen puede entenderse como de psicología comunitaria.

Decir sobre la finalidad de las prácticas de salud mental o sobre la finalidad de los tratamientos, es decir de lo mismo. Veamos entonces que entendemos por tratamiento.

La palabra tratamiento proviene de trato. Señalaría una relación. Pero como esa palabra ha ganado un valor predominantemente sanitario-terapéutico, es necesario aclarar que como tantas otras palabras que usamos diariamente posee este término un significado dominante según el lugar social en que nos representemos el hecho. Inmediatamente de escuchado tendemos a representarlo en el espacio institucional sanitario.

Dicho lo anterior, apuntemos que a nuestra noción de tratamiento y la finalidad de su realización también le hacemos corresponder un pretendido sitio instituido. Un lugar donde podamos encontrar las condiciones específicas que faciliten la cura coincidente con la inclusión social. En nuestro caso, que permitan a las personas que nos demandan ayuda ocupar sitios (lugares sociales) que consideren propios. Lugares diferentes a los clásicos asistenciales donde se hacen las terapias que llamamos reparativas.

Con nuestros tratamientos tratamos de salir de la búsqueda del simple alivio o supresión de síntomas dolorosos, de la funcionalidad conductual alterada. Y no decimos que esto no sea conveniente lograrlo, al contrario, siempre se buscarán tales cosas. Pero tenemos la profunda convicción de que no debemos limitarnos ni ajustarnos a ese solo propósito. Y para lograrlo hay sitios mejor dispuestos que otros.

Para alcanzar la finalidad de inclusión social hay que tratar de situarnos en lugares que permitan movernos con holgura para. Y también tener en claro que un trabajo comunitario de salud mental recorrer con los sufrientes el amplio camino de sus vidas. Y por eso los que a esto se dedican son técnicos y profesionales dispuestos a destinar a ello parte de sus tiempos.

El contexto socio-cultural.

Debemos reconocer que en general los equipos terapéuticos de salud mental poco trabajan sobre el contexto sociocultural de los sufrientes que los demandan. Y aunque hay excepciones, se considera a esos lugares como de naturaleza “neutra”. Como si el contexto obrara a modo de escenario inerte, sin producir dolor mental. Como si quedar fuera de las entidades sociales que pueblan las comunidades no fuera un resultado de complejos procesos culturales y políticos. Como si los apartamientos dolorosos de las agrupaciones dependieran solo de problemas intra-psíquico (que seguramente los hay) o de cuerpos disfuncionales que producen secundariamente alteraciones anímicas que dificultan la integración social.

Muchas prácticas terapéuticas dan esa impresión, de basarse en el supuesto de que el tejido de entidades comunitarias y lo social-cultural donde nos desenvolvemos en la vida, no tuviera nada que ver con el sufrimiento anímico. Casi como si se dijera “en el sufriente están las únicas causas de sus problemas, de su enfermedad y de la exclusión social que padece”.

Creemos que estas creencias son de influencia dominante en los sistemas sanitarios. Y que es por eso que parecen fundados para no trabajar sobre los condicionantes sociales. Sobre las concretas condiciones de existencia del ser humano. Se desalientan algunas prácticas, dando por supuesto que no son de la incumbencia de sus técnicos y profesionales. Y si hay individuos o grupos que actúan en las comunidades sobre desnutrición, abandono, prejuicios sociales, exclusiones diversas, etc., se consideran a tales acciones simples correctivos beneficiosos que algunos se agregan, pero no definitorias del propósito de curar enfermedades.

Aunque podamos parecer exagerado con esta descripción, lo cierto es que para aquellos que tienen como finalidad la inclusión social, la organización y algunas disposiciones dictadas en los clásicos establecimientos sanitarios le

terminan siendo un problema más (y no el menor) para alcanzar sus objetivos.

El psicoanálisis, obviamente, no es opuesto al fin de inclusión social, pero su marco conceptual plantea que aquello exterior que produce conflictos con el Yo, eso a lo que llaman realidad, no tiene el valor pleno que nosotros le damos como determinante sociocultural del dolor mental. No lo entiende como parte de un Yo dinámico y concreto, operando en la locura y resistiéndose a la cura. A lo sumo lo considera como una “paradojal” cuarta instancia psíquica, capaz de ejercer influencia perturbadora en el registro subjetivo.

Pero lo cierto es que todo lo existente, como creación suya, el Yo siente parte de la persona. Y por eso, creemos que una terapia que busque la inclusión social debe obligatoriamente operar sobre el contexto físico y socio-cultural de aquellos que nos demandan.

1) Clasificaciones y distinciones para entender lo que denominamos finalidad.

2) Habiendo dicho que la finalidad de las prácticas de salud mental comunitaria, aquellas que realizamos siguiendo la modalidad de trabajo que llamamos rionegrina, es la inclusión social, principiamos con una definición lo que debiera ser un corolario. Como si empezáramos un cuento contando el final. Tratemos entonces de explicar lo dicho. Como debemos desarrollar el tema integrando conceptos de la teoría comunitaria, la que nos orienta, habrá que andar precisando términos que usemos. Los precisos significados que le otorgamos a veces diferentes al que le dan otros desarrollos psicológicos.

Suele hablarse de lo que se persigue en Salud Mental como el logro de un fin o finalidad. Saben usarse ambas palabras y cualquiera de ellas pareciera señalar lo mismo. Dada esa duplicidad en el uso vulgar de los términos, aprovechémoslos.

Tomémoslos para efectuar cierta diferenciación que consideramos esencial.

Aunque en el decir “casero” se usan ambos de manera indistinta, discriminémoslos y hagámosles corresponder significados diferentes. Luego, a partir de los comentarios que hagamos de ellos por separado, tratemos de avanzar en la comprensión de lo que consideramos es, o debería ser, la finalidad de las prácticas de salud mental comunitaria.

Viendo como usan los profesionales y servicios de salud mental tantos medios técnicos y explicativas distintas, dando forma a prácticas totalmente diferentes, creemos que es conveniente detenernos a reflexionar sobre el porqué se usa así el recurso terapéutico. Y las consecuencias.

Empecemos diciendo que también nuestro modo de abordar las curas opera con elementos y técnicas que suelen ser vistas extrañas en algunos círculos sanitarios. Y cuando se nos pregunta por ello respondemos en general que lo usamos porque lo necesitamos. Por lo tanto no nos extraña el empleo inusual de algo ni estamos haciendo una crítica a algún “modelo” de atención.

Nosotros, en la nueva forma que proponemos de hacer tratamientos, en la cotidianeidad de los sufrientes, sabemos que cualquier cosa e idea puede transformarse en recurso terapéutico o curativo si facilita a la cura buscada.

Son innumerables las ideas que en el amplio campo de la psicología y psiquiatría se centran o rozan el tema de lo que se hace y del para que se hace algo. Por eso veamos entonces solo lo que nos parece importante.

Antes de que se hablara de enfermedad mental o de tratamiento psíquico, también se hacían cosas con los “locos”. Ello revelaba ciertas supuestas relaciones entre el origen del mal que se creía aquejaba a las personas y un resultado buscado con las prácticas empleadas.

Incluso la quema de aquellos sospechados de brujos o “poseídos”, locos en gran medida, fueron consecuencias crueles derivadas de la idea mítica de que había que proteger

(purificar) el espíritu . Y también el destierro (el barco de los locos) o el encierro protector en torres o lugares aislados, acciones de exclusión y reclusión de por vida, tendieron a dar protección a una sociedad que no podía explicar ni aceptar convivir con quienes se expresaran de manera, aparentemente, “maligna”.

En esas quemas, expulsiones y encierros, el relato comunitario dominante decía que el destierro era una manera de morir y que el fuego, suprimiendo la carne, purgaba al espíritu. O sea, no se aplicaban por especial y perversa acción de gente puntual. Eran consecuencias de ideas circulantes en las comunidades y estaban destinadas a dar protección al todo social. Prácticas que hoy consideraríamos descabelladas, indignas, no eran así juzgadas en otros tiempos.

A lo que queremos llegar a que se vea con estas breves acotaciones de tinte histórico, que ya han sido mejor dichas por otros, es que también hoy lo que se hace con la locura deriva de creencias asentadas en las comunidades. En este caso basadas en teorías científicas que las academias operan como dogmas.

Hay también, como ayer, discursos circulantes en las comunidades. Y se mandan hacer cosas para supuestamente anular causas-efectos de anomalías mentales, no siempre eficaces aunque eso sea otro tema, requiriendo el acatamiento acrítico al relato dominante.

Sin querer anular el valor de tantas teorías, creemos que lo teórico prevalente en muchos casos opera no tanto como elemento orientador de nuestro andar entre los hechos, sino como mandato inapelable del recurso técnico a usar.

Anidan como creencias en los espacios comunitarias, relatos que nos obligan a dar una forma determinada a las terapéuticas. Incluso al diseño edilicio y funcional de los establecimientos que disponemos para hacer las curas en salud mental suelen ajustarse a opiniones que vaya a saberse de donde vienen, a costumbres, a valoraciones de época, etc.

Habría entonces que aceptar que incluso (o también) la finalidad buscada en los tratamientos nunca puede ser un objetivo ajeno enteramente a lo ideológico (al sistema de ideas que refieren a un orden en lo existente, para conservarlo o restituirlo). Y que la ideología preponderante manda también hacer, en algún grado, el cómo hacemos las cosas en salud mental.

El sistema de ideas políticas, religiosas, económicas, culturales, etc., que cruzan nuestra sociedad, seguramente también afectan a nuestros equipos de salud mental cuando beben dar forma y precisión a lo que usan, al diseño mismo de las estrategias terapéuticas.

Digamos entonces que operan sobre nuestro modo de hacer las cosas, sobre los recursos que usamos, los dispositivos que disponemos y las ideas que cruzan en los equipos, dos fuertes condicionamientos.

Por un lado algo que suele pasar desapercibido a quien indague en estos temas pero que es muy eficaz. Refiere al dolor. Este obliga a que se lo suprima; el que sufre nos demanda e interpela con fuertes exigencias de ayuda. Y al sentir que se tiene que responder de manera inmediata, noble repuesta, solemos arrastrar los tratamientos de salud mental en una dirección meramente asistencial, reparativa, subjetiva, lejana a cualquier otro objetivo posible de dar.

Y está luego lo que vimos, el efecto de ideas referidas a la locura y su atención que traída de las comunidades influye en los equipos de salud mental. Ideas que enlazadas a marcos teóricos terminan ordenando el tipo de práctica que se realiza y los recursos a usar en los tratamientos.

Enlace entre técnicas, teorías y modos de hacer las curas.

Los tratamientos suelen tomar formas diferentes según se piense que en la causa del dolor mental prevalece una disfunción orgánica, que el sufrimiento remite a aspectos psíquico o que se funda en causas sociales.

Esas posturas las sostienen diferentes corrientes de pensamientos. Hay las que postulan al dolor mental como un derivado neuronal, otras que lo consideran resultado de la particular significación y sentido que se dan a los hechos que en la vida les suceden a las personas. Y a veces se habla de una suma de causas, lo bio-psico-social, aunque en la terapéutica se descubre generalmente una predominante creencia subyacente que valora más un aspecto de lo humano.

Los motivos varios que se han atribuido a causales de sufrimiento mental, derivaron en clasificaciones de enfermedades. Y también arrastró a las terapéuticas a tomar formas típicas según las supuestas etiologías.

Los que abrazan teorías que dan privilegio a lo corporal, atienden a supuestas relaciones entre los síntomas que aquejan a las personas y alguna “lesión” o disfunción corporal presente en ellas.

Desde ya que muchas veces, efectivamente, se encuentran relaciones de ese tipo. Pero también es cierto que se ha llegado al extremo, por ejemplo en el pasado, de postular que las depresiones serían males propios de personas de contextura obesa y las esquizofrenias predominantes en sujetos delgados.

Dejando de lado que ciertas enfermedades pueden presentarse en sujetos con morfologías ajustadas a tal o cual tipo, es imposible decir si ese tipo físico que presentan predispone a alguna enfermedad mental o si es consecuencia, precisamente, de su dolencia.

Por guardar relación con lo antes dicho, no podemos dejar de señalar que en estos momentos, quizás producto de las expectativas con que se está estudiando el genoma humano, hay toda una tendencia a considerar a las enfermedades mentales como derivadas de lo heredado. Sería una variante organicista-materialista, con esquemas explicativos donde la esperanza de cura se centra en algún posible adelanto científico futuro. Vaya a saberse como incidirá esta creencia,

cada vez más arraigadas en las comunidades, en las terapéuticas que veremos de aquí en más.

El tipo de objetivo que se persigue en salud mental lo denuncia las técnicas y procedimientos que se usan. Cuando es sobresaliente la creencia en causas psicológicas, físicas o sociales del sufrimiento mental, hay diferentes modos de hacer las cosas. Se ajustan hasta los dispositivos a la manera que se tenga de ver las problemáticas. Y se organizan las tareas, se adaptan los espacios y se adoptan formas de trato, según sea el supuesto base dominante.

Pero hay, aún en esa diversidad, algo para nosotros muy notable: tanto si al sufrimiento mental se lo considera derivado de algún “daño” o “ruptura” producido en lo corporal o producto de malas interrelaciones, ciertas costumbres adoptadas para atender parecen ajustarse a formas parecidas. Por ejemplo con turnos, con esperas en salas destinadas a eso, uso de ropa que diferencia a los técnicos, etc.

Aunque ahora no podemos profundizar sobre el orden de atención resultante de ello, digamos sintéticamente que son todos facilitadores de tratos mandados establecer con desigual distribución del saber y Poder, tal existe en nuestra sociedad.

De allí seguramente se han tomado esas maneras de mostrarse las ofertas de salud, independientemente del predominio de creencias en lo corporal o psíquico causando las patologías.

3) El hacer en los tratamientos

Los trabajos en salud mental aplicados al logro de fines que calificamos reparativos, parecen ser dominantes en la gran escena institucional sanitaria. Basta mirar el trabajo de los técnicos y profesionales en consultorios, clínicas u hospitales. Los tantos tratamientos parecen hoy día desplegarse para realizar reparaciones, del tipo que sea.

Para la corriente “biológica”, la que considera a la disfunción orgánica como principal causa del trastorno y dolor mental, la reparación del daño en lo corporal es su objetivo primordial. Y no se preocupan quienes eso suponen de otras cosas. Como si por responsabilidad profesional no les correspondiera nada más que arreglar lo “dañado” en los cuerpos.

Su hacer, naturalmente, se corresponde con una interpretación etiológica: se consideran los trastornos psíquicos simples derivaciones de lesiones o disfunciones orgánicas. Y aun más ajenos les parecen los trastornos sociales que siempre ven asociados: a la exclusión social la piensan fuera de sus incumbencias, aunque puedan entender su atención algo provechoso. Obviamente hecha por otros.

Por otro lado, los técnicos y profesionales adscriptos a las escuelas sanitarias que denominamos “psicológicas”, de donde provienen muchos de los que repiten convencidos que la cura llega por simple añadidura después de alcanzado algo en el tratamiento, consideran que básicamente deben ocuparse en re-significar lo que vaya sucediendo durante las sesiones psicoterapéuticas. Esperando que los sufrientes encuentren solos en el contexto socio-cultural nuevos sentidos (saludables) al vivir.

Pero todos estos trabajos que describimos muy someramente, tanto los que buscan reparar en lo corporal como aquellos que operando con interpretaciones y señalamientos buscando completar (reparar) historias de vida, repiten ciertas costumbres para atender.

Lo que estamos diciendo se ve expuesto y no debe, por lo tanto, ofender a nadie. Después de todo no caben críticas duras a un tratamiento si se centran sobre el lugar que se use para ayudar. Lo que hicimos fue una observación. No obstante, diferencia nuestro modo de hacer las cosas en lo cotidiano con lo que la tradición sanitaria parece haber establecido para los establecimientos tradicionales de salud. Y que se ha hecho creencia en las comunidades.

En los tradicionales tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, al no operarse sobre las concretas condiciones de existencia de los sufrientes que se atienden, el trato en consultorio es suficiente. Y alcanza porque no se trabaja, directamente, sobre el concreto ámbito en que las personas desarrollan sus vidas. No se hacen las curas ayudando a que la gente ocupe lugares sociales.

También queremos dejar aclarado que no pensamos a las terapéuticas que operan sobre lo corporal o en lo interrelacional como inservibles. No. Solo nos interesa mostrar que las costumbres terapéuticas hoy imperantes, en general, mandan evitar el desarrollo de operaciones directas sobre el preciso contexto sociocultural donde las personas hacen su destino.

Aclarado que no descalificamos a las acciones terapéuticas clásicas (de consultorio, de internación, reparativas orgánicas, interpretativas psicológicas, etc.), también debemos decir que nos parece que tales ayudas no bastan. Que no son suficientes en sus efectos al no operar directamente sobre las innumerables resistencias socio-culturales que los sufrientes mentales encuentran para superar lo que sobre ellos opera marginante.

Este rumbo y modo técnico puede a algunos parecerles desconcertante por su previa formación. Sobre todo a los terapeutas que no ven posible establecer en lo cotidiano parámetros significativos de orientación, encuadres normativos como en los consultorios. Y entonces piensan que se sentirán desconcertados, desorientados.

En nuestro modo de hacer las cosas no consideramos a los encuadres explícitos, requisitos ineludibles para tener éxitos en los tratamientos. Pero por otro lado, que no establezcamos un marco normativo para comportarnos no quiere decir que no existan previamente estructuras comunitarias de mandatos-guías conductuales en el lugar donde pretendemos realizar nuestros tratamientos.

“Encuadres” que si ineludiblemente los requiriéramos para interpretar trasgresiones o desviaciones conductuales, podemos usarlos al tenerlos a mano.

El encuadre que se usa para trabajar en comunidad, en los tratamientos de vida cotidiana, es el que normalmente la gente adopta para orientarse en comunidad. Fundamentalmente lo marcan las costumbres. Pero en cada situación instituida hay normas que se pueden hacer explícitas si se necesitara desentrañar con ellas el sentido regular o irregular de alguna acción.

Por lo tanto, será dentro de estos marcos donde enfocaremos nuestra mirada técnica, sobre lo que ocurre al querer discernir el efecto de las influencias mutuas que la gente se ejerce al dar significados a lo existente y marcar el sentido de sus vidas.

Aclarado algo tan polémico como esto del encuadre, digamos también que en los tratamientos que catalogamos de comunitarios, los que llevamos a cabo en la vida cotidiano para alcanzar nuestra finalidad declarada, no hacemos un uso exclusivo de aquello registrado de manera subjetiva. También apelamos a manifestaciones que por su eficacia nos van configurando sujetos de las diversas agrupaciones que nos contienen, los que revelan nuestra sociabilidad.

Fines intermedios y la finalidad de los tratamientos.

Actualmente se usa, predominantemente, técnicas y dispositivos que dejan ver una predominante modalidad de cura asistencial-reparativa. Lo decimos en general. Y acorde a las ideas que ya son casi dogmas en las tradicionales escuelas de medicina o psicología, donde abrevan los profesionales, la asistencia en lugares artificialmente preparados se les impone como condición necesaria para hacer sus prácticas.

Esta configuración de los lugares de cura, adecuados para la asistencia y casi inservibles para llevar adelante trabajos de otro tipo, promocionales por ejemplo o autogestivo, es un estorbo mayor que encontramos dentro de las paredes de las

instituciones de salud cuando queremos realizar tratamientos con finalidad de inclusión social.

Y volvamos a aclarar: no abjuramos de la asistencia ni de los establecimientos que brindan lo que casi siempre necesitamos para alcanzar (o mejor alcanzar) nuestra finalidad. Además tampoco es problema insalvable que muchos profesionales de salud mental no quieran hacer trabajos por fuera de esos específicos lugares, consultorios y salas de internación. Siempre se requieren alcanzar los fines a los que se adhieren.

El verdadero problema está en la resistencia institucional a valorar cualquier cosa que se haga fuera de tales ambientes. Llegándose incluso a impedir que se realicen algunas prácticas si implicaban operar fuera de esos sitios. Y se ha hecho mayor, cultural, porque como idea ha prendido en las comunidades.

La creencia ciega de que solo dentro de ciertas paredes y con modos asistenciales se puede ayudar, es una de las mayores resistencias que encuentra el modo de trabajo comunitario que proponemos. Y sin particularizar, debemos decir que conocemos directores de hospitales que pusieron trabas a la salida a territorio a los miembros de su equipo de salud mental.

Ese rigor fue aplicado bajo el supuesto de que es dentro de las paredes del edificio hospital donde se “deben” realizar los actos sanitarios efectivos. Como si solo allí pudieran cualificar las acciones de sanitarias y no perdieran valor curativo o terapéutico. Y por lo mismo, pero dado como creencia comunitaria, las familias de los afectados suelen sentir que les retaceamos atención si no los convocamos a consultorios, si no se medica a un sufriente, si no se lo interna, etc.

Todo gana efecto mayor cuando advertimos que ahora el sujeto que nos solicita cuidado ha pasado a ser, en gran medida, un sujeto de derecho. Este tipo de sujeto se comporta, se dirige a otros, exigiendo satisfacciones inmediatas a sus necesidades. Llegando incluso a considerar

las normativas institucionales como demoras impertinentes. Y a lo que se muestra por fuera de sus costumbres, un retaceo a la satisfacción de lo que necesita.

Cuando los Servicios de Salud Mental de los establecimientos sanitarios se apegan a formas tradicionales de ayuda, se muestran conservadores, de alguna manera ya con eso complace al demandante al acordar con los relatos circulantes en las comunidades.

De modo contrario, si un equipo de salud mental trata de operar reemplazando viejas formas establecidas, asistenciales por ejemplo, por nuevos modos de ayuda, digamos colectivas, a ese sujeto de derecho le producirá desconfianza tal novedad. Se le puede imponer la sospecha de que se trata de impedimentos o negaciones a lo que entiende es el ejercicio de su derecho. Porque el sujeto de comunidad, de derecho, solo considera verdaderamente legítimo aquello que entienda coincidente a los relatos imperantes.

Esto mismo también lo saben sentir los funcionarios hospitalarios. Autoridades que entonces, sin mucha reflexión, pueden oponer resistencias a cualquier innovación que los equipos de salud mental quieran hacer efectiva en sus establecimientos.

Hay una diferencia básica entre tipos de tratamiento que buscan ejecutar “reparaciones” y allí concluyen las tareas y los que operan tales correcciones como pasos intermedios de una terapéutica ordenada para alcanzar también la integración social. Esas dos posiciones terapéuticas marcan diferencias notables entre los profesionales y equipos de salud mental. Veamos esto.

Ayudar a que las personas se integren a sus comunidades y puedan vivir dignamente en ellas, requiere de los que trabajan conformarse en equipos interdisciplinarios. De otro modo, y como es sabido, los que operan solo reparaciones suelen realizar sus trabajos de manera individual. Disciplinariamente.

Otra diferencia que se observa refiere a lo que se dice atender. Los que adhieren a modos terapéuticos asistenciales, tradicionales, actúan solamente sobre el concreto sujeto que estén tratando: en su cuerpo físico, erógeno, como nudo de una trama vincular, de una entidad grupal, institucional, etc. De modo diferente, los que tienen como finalidad la inclusión social, suman a esos trabajos actuaciones sobre el contexto socio-cultural e intervienen en él.

Incluso cada modo diferente de trabajar posee léxicos diferentes también. Sin que explícitamente lo digan, por el lenguaje que usan es posible descubrirlos situados en una u otra posición terapéutica. Por ejemplo, los trabajadores de Salud Mental comunitaria que ajustaron su finalidad a la inclusión social, si bien pueden usar la categoría de enfermos, no se ciñen estrictamente a ella. Para referirse a ese ser calificado vulgarmente de “loco” usan otros vocablos. Le dirán sufriente mental o usuario, términos que se escuchan repetidamente en salud mental de Río Negro.

Sobre la categoría marginado hay que decir que raramente aparece en las etiologías de la locura. Pero es importante tenerla en cuenta ya que nos habla de personas con una carenciada manera social de estar (de ser). De donde generalmente no pueden salir si no reciben ayudas concretas. Además de estas diferencias que se pueden notar entre los trabajadores de salud mental, también se distinguen de los asistenciales los que ayudan apelando a prácticas promocionales. Los que inducen a ir en la vida lo más autogestoramente posible.

Llevar esta dirección terapéutica, operar promocionalmente en los tratamientos comunitarios, revela además lo complejo de nuestros tratamientos al querer promover un auto-equilibrio entre la naturaleza orgánica que somos, lo social y psicosocial que también somos, y lo que está presente en la dimensión sociocultural y que nos constituye.

Curar, desde esta perspectiva, sería ayudar al que nos demandan a que logre auto-armonizar todos estos componentes de su ser para un auto-cuidado que debemos agregar como finalidad de nuestros tratamientos.

Finalidad y riesgo

Lo desarrollado hasta ahora debe haber ilustrado al lector sobre algunos motivos del porqué hemos declarado como finalidad de nuestros tratamientos a la inclusión social. Y porque hubo necesidad de impulsar reformas en la organización de los Servicios de Salud Mental.

Pero cualquier reforma de un sistema, más del sanitario, trae problemas. Más si requieren que las comunidades acepten el riesgo que conlleva la promoción social.

Sabemos que las entidades institucionales, del tipo que sean, tienden a normatizar las conductas (como intercambios) dadas en su interior. Aspiran a que todo lo que suceda en su seno pueda ser predecible. Y con ello buscan evitar, superar, controlar, cualquier situación que entrañe peligro. Persiguen un estar sin riesgo al hacer todo previsible. Y precisamente el prestigio social logran se corresponde con la naturaleza de servicio y del convencimiento de éxito que sobre ese cometido han sabido darse en las comunidades.

Pues bien, nosotros al decir que somos sujetos de riesgos y que por lo tanto no debemos ordenar rígida y totalmente el campo de trabajo de salud mental, que los lugares de salud donde se hacen los tratamientos que tiendan a la inclusión social debían tener parecidas características a los comunes lugares que frecuentamos en nuestra vida diaria, ajustados a las prevenciones y cuidados que en lo cotidiano nos brindamos, nos hicieron sospechosos de atentar contra los ordenes imperantes en nuestras organizaciones; extraños subversivos portadores de oscuras (riesgosas) ideologías sanitarias.

Aunque ese propósito, ejercer en lo sanitario un efectivo y total control para aventar todo peligro, es inalcanzable, su

búsqueda constante (y fracasos diversos) no cesa y los fracasos son causa de incontables crisis sucedidas.

Pero aunque la recurrencia del dolor, la locura y la muerte nos diga que la condición de estar vivo es estar en riesgo, a esta condición se la sigue negando en tales sitios. Donde cada operación institucional además de buscar su fin declarado, tiende también a tratar de anular, suprimir, el dolor anímico de sabernos mortales.

Solemos decir: sin un necesario riesgo, institucionalizando todo para evitar imprevistos, no se vive, se transcurre la existencia. Y con eso solemos explicarnos la complacencia que suelen sentir nuestros usuarios, sintiéndose libres y responsables, cuando comparan el tipo de tratamiento que llevan adelante en lo cotidiano con aquellos que supieron realizar en lugares rígidamente normatizados.

Somos seres de riesgo. Y aunque con la estructura normativa de los establecimientos sanitarios queramos negarlo, la latente pero continua impresión de estar situados de manera imprecisa en el mundo genera malestares diversos en las agrupaciones sanitarias. Se intuye que a pesar de estar rodeado de señales, advertencias y mandatos conductuales para reasegurarnos, el imprevisto del ser humano está siempre listo a burlarse de cualquier orden establecido.

Ante tales incertidumbres, algunas personas se aferran a un estar normativo, aprueban nuevas reglas y buscan conformar estructuras institucionales cada vez más llenas de mandatos preventivos. Pero haciendo eso chocan con otros que prefieren la espontaneidad y el libre juego de experiencias. Esto suele dividir a los equipos cuando surgen subgrupos en luchas, lo que no puede explicarse analizando los meros acontecimientos ocurridos. Las diferencias conflictivas están en las actitudes de los actores presentes ante el riesgo de vivir y no en el guión.

Como no creemos que debamos quedar en una posición contemplativa, el punto de vista que solemos tomar ante

estos dilemas que enfrentan a los miembros de los equipos se basa en un principio: si la vida es riesgo y lo que buscamos es una manera autónoma de vivir, el camino sanitario que tomemos inevitablemente entrañará imprevistos que deberemos enfrentar.

Pero saber que por naturaleza somos seres en (de) riesgo no quiere decir que se deba buscar, deliberadamente, el peligro. Nada de eso sino lo contrario. Trabajar de manera promocional no es una invitación a la irresponsabilidad. En cada caso hay que intentar calcular los riesgos para poder superarlos. Y hacerlo con ciertas técnicas y metodologías. Sobre todo con metodología. Por ejemplo con modos de trabajo que posean tiempos de reflexión sobre el transcurrir de las terapias. Operar en duplas para proteger a los técnicos. Realizar acompañamientos reiterados. Cuidar en lugares normatizados aunque con ello se restrinja algo la autonomía buscada. Etc.

Cuando definimos nuestros tratamientos en pos de la inclusión social con terapias en la vida cotidiana, sabíamos que nuestros tratamientos no iban a realizarse repitiendo formulas o actos cuasi-rituales. Aceptamos el riesgo de lo cotidiano. Y lo hicimos porque entendíamos que solo es posible ir haciéndonos personas sanas si padecemos, en el grado necesario, los dilemas que entraña el vivir.

Por lo que estamos diciendo, la ayuda a dar a sufrientes mentales para que encuentren un digno lugar social requiere de técnicos capaces de transitar con ellos la existencia. Las situaciones cambiantes, a veces imprevistas, en que nos pone la vida. Y estar incluso dispuestos a sufrir o festejar junto a ellos las vicisitudes negativas o los premios que traigan los diferentes momentos que se compartan.

Nuestras terapias en lo cotidiano operan sin necesidad de apelar a muchos contextos rígidos y sin adoptar más de lo necesario encuadres disciplinarios psicoterapéuticos. Tratamos de no colocarnos en lugares que sintamos artificiales solo por evitar el riesgo de vivir. Creemos que no

sirven en general al logro de la finalidad de inclusión social los lugares sociales protegidos e “higiénicos”, ámbitos diferentes a los que todos los días ocupamos para darnos tratos.

Confesamos que esta postura técnica que estamos desarrollando fue motivo de entredichos, conflictos y padecimientos varios al declararla y querer llevarla a cabo en los clásicos lugares sanitarios. Pero como dice el refrán, “no hay mal que por bien no venga”. Las resistencias que encontramos, explicables en parte, lógicas, esperadas, nos motivaron a buscar otra manera y lugar donde hacer las cosas. Y eso ayudó a que nos lanzáramos al desarrollo de tratamientos, de prácticas, más acorde con nuestra finalidad de reinserción social.

Así llegamos a concebir la terapia en la cotidianeidad. En ese estar diferente al institucional rígido. Libres de los agobiantes cuestionamientos a la realización de tareas que sabíamos necesarias. Y sobre todo, sin las pesadas críticas y resistencias al trato persona-persona que se nos descargaba en los clásicos lugares de salud.

Ayudar a los usuarios a desarrollarse como sujetos de comunidades, o sea ligados a los Otros por ese lazo que establecemos al ejercer y dirimir influencias significativas y de sentido (el Poder), también expone a los técnicos y profesionales.

Los que se aplican a tareas en el ámbito comunitario sin estar advertidos de las exigencias emocionales que se les presentarán, suelen caer en arbitrariedades. La más común es buscar seguridad, circunscribiendo, limitando o anulando la actividad creativa de aquellos a los que dicen ayudar. Y eso lo pueden hacer muy fácilmente, con solo llevar lo institucional a lo cotidiano. Transformando el estar cotidiano, comunitario, en un estar institucional.

Para evitar ser afectados por los usuarios, coartan la capacidad de influencia significativa y de sentido de los que dicen atender. Los sitúan en perversas regulaciones (por

ejemplo “medicalizan” o “psicologizan” conversaciones para no permitir ser influidos por opiniones de los que consideran ignorantes del tema) que no tienen por objetivos el ejercicio de derechos. Se los sitúa autoritariamente en el cumplimiento de alguna función subordinada. En función de enfermos en este caso que damos.

De esta manera es posible protegerse emocionalmente de aquellos a los que se dice ayudar, pero los someten a otro tipo de exclusión o encierro. Al evitar que se diriman las significaciones y sentidos que se da a lo existente, se crea de manera solapada una situación manicomial.

Esto que parece un desarrollo cuasi-filosófico, gana importancia concreta y práctica cuando se busque establecer el funcionamiento y trato a dar en dispositivos que trabajen la inclusión social.

Sumemos que si a estas unidades terapéuticas las ordenamos en su dinámica abusando de condicionamientos o si tendemos a que todo funcione siguiendo el modelo normativo de la institución base, el hospital, nada nuevo desarrollaremos con los dispositivos. Repetiríamos viejos modos de hacer las cosas, nos restringiríamos a tratos muy útiles para reparar pero infructíferos para nuestra finalidad, habría una manera de estar que nada aportaría, perderíamos rumbo.

De cualquier manera, debemos estar advertidos de ciertos males que una exagerada laxitud regulatoria puede traer. Nada es sin cargo en estos asuntos.

Si bien es cierto que en el trato diario hay que facilitar el ejercicio de las mutuas influencias de significado y sentido, por ejemplo no jerarquizando el uso de la palabra, también es cierto que se deben sostener algunas normas con mucha firmeza para mantener consistente la institucionalidad que nos ampara y desde donde hacemos las cosas. Porque si eso no ocurre, se pone en peligro la misma existencia del dispositivo de ayuda.

Como prevención de posibles problemas, aconsejamos a los equipos de Salud Mental que trabajan en dispositivos comunitarios habilitados para facilitar las tareas de inclusión social, que en asambleas (con los usuarios y familiares y amigos de los mismos cuando se pueda) traten sobre los órdenes normativos y las costumbres a cumplir. Haciendo hincapié en lo ético y moral subyacente y no sobre los fines prácticos que se persiguen. Y si se adoptan resoluciones plenarias, lo que puede darse, habrá que respetar lo consensuado.

4) Fin (de las prácticas) y finalidad (de los tratamientos)

El fin de las prácticas

El fin de las prácticas, lo que entendemos por ello, es lo sucintamente buscado en los repetidos y puntuales actos terapéuticos o curativos. Lo que concretamente se alcanza en las terapias. Sería en la bio-medicina, ante una herida, suturarla y detener la hemorragia. En los trabajos para diagnosticar por imágenes sería la obtención de una radiografía o una T.A.C., etc.

Podemos entonces decir que entendemos por fin de las prácticas, en la sanidad, algo preciso conseguido al brindar algún servicio.

En salud mental entendemos esto cuando se dice que se pudo “reconstruir” la historia de un paciente, que se hizo conscientes lo que como inconsciente operaba sintomático, o en la psiquiatría medica que se “normalizaron” los flujos de energía bio-neuronal transmitidos por los neurotransmisores; estabilizar, equilibrar, el medio interno, etc. Asimismo sería alcanzar un fin en lo psico-sanitario, restituir el goce a cuerpos erógenos, reparar tal o cual trama vincular, re-normalizar una institución u organización o re-significar una situación conflictiva para que sea posible elaborarla. Eso entre otros propósitos, pues es posible dar miles de ejemplos.

Son todas restituciones o ajustes derivados de experiencias que llamamos reparativas. Lo alcanzado de manera reiterada por los servicios de salud mental con sus acciones clínicas psicoterapéuticas o neuropsiquiabras.

Vistas así, como acciones tendientes a lograr objetivos prefijados, aparecen los fines en salud mental con claras características de productos institucionales. Tanto, que en general lo buscado esta explícitamente normatizado.

Como productos de experiencias realizadas en espacios formales, surgen de relaciones de intercambios operadas entre sujetos sociales diferenciados por las funciones que cumplen: médico-paciente, analizado-analizando, etc.

Ya advertimos en páginas anteriores que en los establecimientos de salud parecen repetir los psicólogos, psiquiatras y técnicos psi., ciertos modos de atención y trato. Hay cierta similitud en el orden y manera como se preparan y desarrollan la mayoría de las terapias. Eso, aunque cada una de ellas busque fines distintos. Tanto los servicios de medicina, de odontología, de bioquímica, hasta Trabajo Social y en Salud mental, se repiten formulas de atención al público. De tal fenómeno se dedujo que tantos fines distintos ofrecidos de manera parecida revelaría un accionar institucional común procediendo sobre todos ellos. Algo que compromete a todas las terapéuticas. Hay en lo que se hace o como se hacen en los hospitales, clínicas, etc., que son ajenas a las especialidades y disciplinas que adoptan los técnicos. Algo aparte se agrega y no debe ser un agregado intrascendente dado el efecto general que muestra.

La institucionalidad, dice nuestra teoría comunitaria, aparece como salida al “encierro” en el Yo-todo grupal. Y trata primariamente de eliminar lo imprevisto. Como si el Yo sé esmerara en crear lugares donde reine la previsibilidad. Donde podamos mantenernos con sentimiento de seguridad

Por eso decimos que es tarea primera de cualquier organización institucional mostrar que en su seno hay control de lo imprevisto, de lo que pueda ser peligroso.

¿Y qué más temido que la muerte? Triste sería como seres mortales no tener la ilusión de un tal reaseguro cuando flaquea nuestra salud.

En los diversos tratamientos llevados a cabo por profesionales o técnicos se estarían entonces cumpliendo con dos fines. El explícito, que sería el resultado normalmente reparativo, preciso y concreto, lo que se espera de la práctica. Y el implícito que se delata en esos modos semejantes de hacer las terapias, que buscarían siempre y en cada caso darnos el reaseguro ante la muerte que hablamos antes.

Ese arcaico fin, la presencia de ese ingrediente institucional primario, es el que da a los tratamientos de diferentes profesionales y disciplinas sanitarias, presentaciones semejantes.

Para concluir este punto digamos que es posible diferenciar muy bien un hacer en lo institucional de un hacer en lo comunitario. En el primer caso casi no se dirimen influencias significativas y de sentido. Los influjos curativos o terapéuticos que aparecen son intencionalmente unidireccionales, del técnico-profesional al paciente-sufriente. Y si llegaran a darse conscientes “corrientes” inversas de Poder, siempre algo de eso está presente en las relaciones humanas, eso suele ser inmediatamente interpretado como “ruidos” indeseables o inconvenientes para el trato médico-paciente. Quizás el psicoanálisis, sin hacerlo como nosotros, sabe de esto y lo conceptualizó al hablar de transferencia y contratransferencia.

Dicho de otra manera, para alcanzar los fines institucionales no hace falta establecer relaciones horizontales entre los involucrados en un tratamiento (trato) sanitario, ni considerar aspectos históricos y morales. Estos se alcanzan con acuerdos casi siempre “fríos”, a los que solemos calificar de

despersonalizados, establecidos casi obligatoriamente por las normas imperantes.

En la búsqueda de fines, la información venida como registro simbólico, interpretativo, suele ser considerado registro superfluo o de segunda calidad. Se usa, pero se prefiere lo objetivo. Por eso los fines se alcanzan con actuaciones regladas, siguiendo pautas, con tratos establecidos siguiendo signos, con conductas señaladas. Tomando distancia emocional.

Entonces, si los fines es lo que se alcanza con un hacer normatizado y produciendo algo esperado, un producto institucional, ¿qué es y que entendemos por finalidad?

La finalidad de los tratamientos.

Explicar lo que llamamos finalidad de nuestros tratamientos nos exige decir sobre nuestras actuaciones en el espacio social comunitario. Y recordemos, si las instituciones son mundo de señales, de signos que nos indican lo que está concretamente ahí, se nos presentan de otra manera los contenidos comunitarios.

El comunitario es el mundo de lo figurado, un universo de existencias simbólicas, de entidades y hechos que solo registramos como alegorías advertidas con palabras. Y si los contenidos institucionales (lo representativo) ganaban valores de realidades por el enlace que establecían con los objetales, existencias profundas, incognoscibles, de lo real, ahora hay que decir que lo que nos figuremos, los contenidos comunitarios, solo se nos hacen conscientes si se nos presentan con palabras adjuntas que traigan consigo el orden y estructura de la lengua.

El registro comunitario es un registro simbólico. Refiere a algo ausente. Y su captación, por eso, siempre será analógica, metafórica, alusiva, que solo elípticamente refiera a lo que se trata.

Lo comunitariamente existente son siempre otras cosas. De ahí que lo terapéutico o curativo que nos figuremos buscando

(como finalidad) en su espacio, se dará siempre sobre otra cosa ya que es lo nunca aprehensible, casi una imaginada quimera. Eso es al fin nuestra finalidad de inclusión social. Un horizonte hacia el cual caminamos.

En este ámbito (comunitario) donde todo lo que se aprehende intelectualmente es otra cosa, la finalidad de un tratamiento nos dice sobre él “para qué se vive”. A eso nos remite la finalidad buscada. Un objetivo trascendente a cualquier cosa que busque o quiera alcanzar una terapéutica reparativa.

Por eso su logro no puede considerarse consecuencia de algo que se anexa al sujeto tratado. Un tratamiento comunitario como el desarrollado en la vida cotidiana, está imbricado fuertemente a la vida del sujeto atendido. Se enlaza el proyecto de vida que trazan las personas, su historia, con lo que se persigue y hace en las terapias.

Dificultades para registrar trabajos con fines de inclusión social.

La diferencia en los trabajos que persigan solo fines con aquellos que además suman la finalidad de inclusión social, expone, si sabe mirarse, la mayor complejidad de los fenómenos que se atienden en el segundo caso.

Que se intente ayudar a las personas en su estar cotidiano, sin encuadres referenciales de significados fijos y teniendo en consideración variables éticas y culturales, señala la gran heterogeneidad de variables intervinientes.

Quizás por eso haya tan pocos registros de estas actuaciones. Tantas variables y aspectos distintos dificultan la producción de un registro. Además es casi lógico que resulte difícil elaborar instrumentos para registrar hechos que no aparecen como puramente objetivos sino mediatizados por interpretaciones de lo existente, protocolos donde se haga constar como cierto lo que aparece a modo de parábola o de alusiones a otras cosas.

Ya el contexto socio-cultural cambiante y relativo, que como se sabe tenemos en cuenta en nuestras tareas, nos ofrece dificultades para especificar los registros. Y también porque muchas cosas o situaciones, por cambiar de sentido en lo cotidiano, precisan para registrarse de muchas aclaraciones. Por ejemplo, se puede hacer el registro de un paseo como acción de buscar algo en otro sitio, o como un irse de algún lugar donde no se encontraba alguien a gusto.

Pero es sobre todo el registro del destino de las mutuas influencias significativas y de sentido (el Poder) que las personas se ejercen en el diario vivir, lo que complica cualquier anotación que quisiéramos hacer de ello. Porque todo, desde un simple saludo, conlleva tal influencia señalada.

Los que realizan tareas de salud mental en lo cotidiano operan en situaciones vitales que poseen órdenes cambiantes. Donde incluso lo que está dado como algo existente aparece de pronto como “cosa nueva”. Y cuesta entonces “encasillar” por escrito lo que se modifica calidoscópicamente. Cuando incluso el significado de las cosas presentes varían ante el ejercicio del poder significador de las personas, se anda en un territorio de realidades “movidizas”.

A esta suma de dificultades para un registro formal del hacer comunitario con el que perseguimos nuestra finalidad, debemos agregar que agreguemos que no es posible entender al observador como no involucrado en lo que estudia. Y que generalmente operamos con problemas casi imposibles de abordar con una sola disciplina.

Se anota poco sobre tareas realizadas para alcanzar la finalidad declarada de inclusión social. Pero si se saben buscar podrán encontrarse referencias escritas hechas en forma descuidada sobre trabajos de lecturas, deporte, de grupos musicales, de teatro, de esparcimientos, etc. O sobre el buen

mantenimiento de dispositivos institucionales: sobre cocina, lavado, limpieza, etc.

Todos estos escritos que suelen no ser muy valorados, contrastan con las estimaciones que se hacen de los registros sobre lo terapéutico clásico que realizan los Servicios de salud mental.

Sabemos los que allí hemos trabajado que suelen llenarse planillas y planillas de actividades. Listas siempre exigidas por las autoridades sanitarias que reiteran sobre lo asistencial reparativo.

Este contraste nos delata la mala apreciación existente, la prejuiciosa valoración curativa o terapéutica, que se da a unas u otras acciones. Y eso trae derivaciones.

El primer resultado es una desigual distribución de recursos. Porque da la impresión de que el trabajo en comunidad y en lo cotidiano requiere de pocos medios. Que por operarse en el vivir diario de los sufrientes basta con lo que estos siempre tienen “a mano”. Que es cosa simple, casi ajeno a los trabajos sanitarios.

El ejemplo más claro se da en el acompañamiento que se brinda en nuestros dispositivos de inclusión social. Dar así apoyo humano, un reconocimiento que a los sufrientes mentales generalmente se les niega.

Aunque esto sea difícil de transmitir a la burocracia de las instituciones tradicionales o a los psicoterapeutas que adhieran fuertemente al modo tradicional de atención, los acompañamientos tienen para las personas marginadas un valor curativo especial. Refuerza su autoestima y les permite atreverse a los necesarios intercambios sociales como sujetos de comunidades.

Nosotros mismos solemos desvalorizarlos. Estar charlando de moda, de fútbol o de un viaje, comentar con los usuarios cosas que hacen en sus vidas mientras se escucha música o se “hace nada”, son hechos a los que solemos quitar importancia para asentarlos en un registro.

Sin embargo, sabemos que cualquier cosa puede usarse para curar. Todo puede ser recurso sanitario si ajusta su uso al fin terapéutico que perseguimos.

Es lamentable la poca o mala divulgación que se ha dado sobre la eficacia que estas ayudadas brindan en el diario vivir. Pero sabemos que hay escritas y guardadas observaciones, crónicas, muy valiosas, que algún día deberían darse a conocer. Y aunque en la mayoría de los casos sus autores piensen que son simples relatos de acontecimientos menores, desde nuestra teoría comunitaria podríamos demostrar la gran complejidad y valor que tienen, terapéutico y curativo.

5) Advertencias y aclaraciones

Si bien afirmamos que la inclusión social es nuestra finalidad, no exigimos un reemplazo de prácticas en los Servicios de Salud Mental. No. Solo hacemos la propuesta de realizar un nuevo enfoque terapéutico por cuestiones que desarrollamos. Nada que ver con pedir que se dejen de realizar tales o cuales terapias. Porque además, ya dijimos, siempre es necesario tender y alcanzar fines instituidos al operar en pos de la inclusión social.

Sería un absurdo querer dejar de lado las diferentes terapias y técnicas que se han desarrollado cuando casi siempre (si no siempre) para alcanzar una cura que coincida con la inclusión social se requieren asistencias de varios tipos: corporales, psíquicas o sociales.

Con la diferenciación que hicimos entre fin y finalidad solo tratamos de advertir que más allá de la causa puntual de consulta por un padecimiento mental, en la demanda de ayuda siempre hay pedidos implícitos de colaboración para superar dificultades e impedimento para encontrar un lugar social propio.

Como tema anexo, pero no por ello menos importante, digamos que esta modalidad terapéutica que toma como finalidad la inclusión social, obliga a que los técnicos intervinientes estén atentos y advertidos de ciertas fuertes

emociones que puedan embargarlos ante el inevitable compromiso (involucración) que se siente con los que se intenta cuidar.

Dicho directamente y sin muchas elucubraciones, eso se produce porque los que operan las curas en lo cotidiano se incluyen e integran a agrupaciones que también incluyen a aquellos que quieren ayudar. El Otro (paciente) pasa a ser uno del Nosotros. Y tomando como de responsabilidad propia los proyectos de vida que estos elaboren, entra el trabajador de salud mental en la historia de aquellos mientras siente que esos otros entran en su propia historia. El que supuestamente influimos para ayudar nos influye también desde lo más profundo.

Reconocer al otro como persona y tratar de ayudarlo en su diario vivir, lleva inevitablemente a un cierto grado de indiscriminación. La necesaria para conformar una grupalidad. Algo loable. Pero si no se trabaja adoptando límites discriminadores (el necesario de uno mismo) y sin tener a mano ciertos controles (implementar una metodología), ese hacer puede llevar a mal puerto.

Es precisamente esta tendencia a comprometernos que brota durante las relaciones de persona a persona, aunque no se lo tenga tan claro en los servicios de salud mental, el principal riesgo existente en sus trabajos.

Nuevas aclaraciones.

Dejemos el riesgo a la iatrogenia que podemos provocar si no controlamos metodológicamente la indiscriminación que suele provocar el trabajo en lo cotidiano, y pasemos al riesgo de perder la finalidad declarada en nuestros tratamientos. Recapacitemos sobre algunas acciones curativas donde los conceptos de fin y finalidad suelen confundirse y producir desorientación.

Empecemos diciendo que muchas actividades promovidas por los equipos de salud mental buscan con la aparición de “lo nuevo” en grupo, que el ser humano se “rehaga” haciendo.

Para alcanzar tal objetivo, casi “ontológico”, se suelen promover actividades colectivas o talleres diversos. Se utiliza la creatividad surgente grupal para ir reconstruyendo o afianzando el ser social que somos en talleres de arte, música, danza o lo que sea. Se pretende con ese “hacer arte”, que vaya haciendo el concurrente su salud con todos.

Fomentar encuentros es la mejor manera de promover la salud mental. Y no importa tanto el motivo concreto convocante, aunque para algo hay que convocar a una reunión, sino que serán buenos los encuentros si permiten establecer intercambios formativos-creativos.

Escribimos esto, por haber advertido que a veces quienes están a cargo de estos lugares curativos suelen perder de vista lo que llamamos finalidad de los tratamientos. Obnubilados por lograr el fin para el que convocaron, se aferran a su consumación. Olvidan que cada concurrente está presente no solo por el mero deseo de saber música, carpintería, costura, teatro o para lo que haya sido invitado, sino porque teniendo dificultades para encontrar un lugar propio en el mundo se entusiasmó al ver abierto un espacio donde poder ser y hacer con otros.

En concreto, dejan de entender que la finalidad de sus tareas es la inclusión social y se obsesionan por alcanzar fines puntuales: musicales, artísticos, de lectura, literarios, algún oficio, etc.

Aclaremos, otra vez, que no queremos con esto decir que es algo vano desarrollar una capacidad artística, artesanal, mecánica, etc. Al contrario, suele ser muy útil. Pero el trabajador de salud mental comunitario que suponga la cura enlazada a la inclusión social, debe tener siempre en cuenta el verdadero para qué de sus acciones. Y entenderlo tanto para el hacer en los talleres, como para lo que realice en los lugares aparentemente informales o recreativos. Y hasta a las mismas psicoterapias que podamos disponer con rigurosa formalidad técnica-profesional les cabe este precepto.

En concreto, lo que se obtiene o produce en talleres, grupos de encuentro, en situaciones recreativas o en actividades domésticas, sean planificadas para desarrollar aptitudes, producir objetos de uso o artísticos, aprender oficios, cultivar artes, etc., deben siempre entenderse como fines parciales que ayudan a la estrategia terapéutica que hace coincidir la inclusión social con la cura, la finalidad del tratamiento.

Los fines como recursos y ciertos alcances fallidos de la finalidad terapéutica.

No vamos a mezquinar información a quienes se sientan interesados en opera en salud mental comunitaria con nuestra modalidad técnica. Deben saber, sobre todo y según nuestra experiencia, que además de dominar alguna teoría, método y técnica psicológica, les será requisito ineludible saber conjugar recursos de otro tipo (artísticos, laborales, deportivos, empresariales, etc.) en las ayudas que brindarán. Y que su ensamble tendrá que ser presentado como estrategia terapéutica.

Saber conjugar la finalidad de inclusión social con el logro de otros diferentes fines, los que en las estrategias se consideren necesarios alcanzar, es algo imprescindible. Y quien no sepa, quiera o pueda ligar su producción (científica disciplinaria, laboral, artística, etc.) a otras producciones, mucho a lograr en momentos informales, podrá hacer lo suyo de manera idónea, nadie duda de ello, pero tendrá que ser por fuera de la manera que proponemos en nuestros equipos de salud mental comunitaria abocados a trabajos de cura con inclusión social.

No tenemos dudas que muchas corporaciones profesionales y escuelas diversas de psicología y psiquiatría se opondrán a que lo que ellos hacen sea considerado recurso auxiliar de otro tratamiento. Pero no podemos desviarnos de nuestro camino por tales consideraciones. Tengámoslas en cuenta para tratar de no herir susceptibilidades, pero sepamos que no es posible tomar como finalidad a un fin puntual, ni que

pueden declararse dos finalidades terapéuticas diferentes en estos existenciales tratamientos.

Que el producto de las psicoterapias clásicas o de los tratamientos psiquiátricos tradicionales pase a ser considerados por nosotros recursos auxiliares, es y seguirá siendo, por lo menos por un tiempo, una fuente segura de conflictos. De conflictos de Poder.

A veces solemos creer, luego de que se satisfagan fines, que por el bienestar resultante ya se alcanzó la finalidad declarada: que aquellos a los que ayudamos ya ocupan de manera solvente un lugar social propio en el mundo. Pero a veces no es así. Sin ayudas y fuera del ámbito estricto de nuestros dispositivos, sin nuestros acompañamientos, los sufrientes fallan en sus desempeños.

Lo que hayan alcanzado terapéuticamente y los logros o fines obtenidos en sus terapias tradicionales, suelen permitir a algunos usuarios comportarse de manera positiva con nosotros y en nuestros dispositivos. Allí sí llevan a cabo correctas interacciones y ejercen y dirimen como corresponde, influencias significativas y de sentido. Pero en otros lugares, cuando el contexto les es resistente y los obstáculos a que ejerzan sus derechos son mayores, pueden defecionar y sentirse devueltos a estados de marginación.

Ante tales sucesos operamos siguiendo principios básicos. Si algo caracteriza al modo rionegrino de trabajo en salud mental es la intervención que hacen sus técnicos en la misma comunidad para ayudar a desenmascarar y vencer las resistencias socio-culturales que afectan a los usuarios.

Nuestra modalidad de trabajo suele reconocerse por ello. Y probablemente no haya cumplimiento de nuestra finalidad de inclusión social si no se atiende a las resistencias del contexto. A diferencia de otros trabajos, en nuestra modalidad está explícitamente marcado que hay que dar ayuda en el contexto socio-cultural de los afectados: ante personas que

discriminan, instituciones expulsivas, creencias prejuiciosas o el mismo marco de pautas socio-culturales.

O sea, debemos apoyarnos en un hacer en comunidad a los fines de sostener al sufriente mental en sus concretas y habituales condiciones de existencia.

Como tema complementario de los trabajos en territorio, digamos que para poder alcanzar la finalidad planteada casi siempre es necesario fundar nuevas entidades o lugares que faciliten su alcance. Atendiendo al objetivo para el cual se fundan, proponemos llamar a esos organismos dispositivos de inclusión social.

Las problemáticas sociales complejas que aquejan normalmente al sufriente mental, son difíciles de atender en los clásicos lugares sanitarios. Por eso proponemos fundar dispositivos nuevos donde se puedan establecer todo tipo de lazos sociales, sobre todo los comunitarios, horizontales en el ejercicio de Poder. Donde enmarcados entre normas y siguiendo costumbres, se admita el ejercicio de mutuas influencias significativas y de sentido.

Estas acciones, estas actuaciones comunitarias, son llevadas a cabo por sujetos de derecho cuyos comportamientos tienen características especiales. Se manifiestan en lo que denominamos ámbito o situación comunitaria. Y aunque en tales lugares no llame la atención su intolerancia cuando busca el camino más fácil y rápido de satisfacción, si se destaca en las entidades institucionales donde esos comportamientos resultan extemporáneos.

En las organizaciones de nuestra sociedad, en los tradicionales establecimientos sanitarios donde las normas marcan el modo de estar y el camino para alcanzar lo que satisface, este sujeto es ahora el principal reclamante en nuestros hospitales. Pero le afectan hasta las demoras reglamentarias establecidas para satisfacerse.

Este sujeto no desconoce las normas por perversidad. Actúa de esa manera porque se sigue guiando por costumbres (las

de su comunidad), de un modo tribal, y no por marcos normativos establecidos. A estos los toman como obstáculos impuestos por el personal de salud que consideran otra comunidad. Por eso no comprenden las demoras o postergaciones que se les exige.

Este sujeto de comunidad al que describimos de manera muy rápida, es alguien al que solo le puede imponer formas de satisfacción una fuerza que él sienta venida del exterior y a la que no sepa como oponerse. Y esa es la que opera la entidad supra-subjetiva que llamamos estado. Es la Ley la que regula el derecho.

El sujeto de derecho, operando en comunidad, es la contracara de aquel sujeto de grupo que llamamos de necesidad. De modo análogo el sujeto de la norma, el institucional, es la contracara del sujeto de la Ley, el ciudadano.

Es notable la presencia de estos sujetos en los servicios de salud mental, ahora que los estados aparecen defeccionando. Hay un mundo de consumidores, no de ciudadanos.

Digamos para terminar, que ante este panorama nos vimos en la necesidad de ejercitar a quienes acuden a nosotros (como sujetos de derecho), en lo que denominamos ejercicio de ciudadanía, a comportarnos como sujetos de la Ley.

Que los sujetos de derecho se “ajusten” a lo que marcan las leyes es lo único por hacer si queremos erradicar la intolerancia y violencia de las relaciones humanas. Solo la Ley, como instrumento eficaz de una supra-estructura sociológica, puede poner límites, regular, la satisfacción de tantas genuinas necesidades que el sujeto de derecho busca en lo social.

Pasemos pues este objetivo de afianzar ciudadanía, a la suma de objetivos que venimos incluyendo a nuestra finalidad.

6) Cierre

Finalidad, inclusión social y marginalidad.

Digamos algo ahora sobre lo que entendemos por inclusión social. Una expresión, dos palabras, que nos deberían abrir el camino explicativo. Porque inclusión sería poner adentro, mantener adentro, sostener adentro. Y social el todo de las relaciones humanas. Sean las que se establecieron en forma intersubjetiva entre sujetos que representen grupos, instituciones y comunidades, como también los enlaces entre ellas.

Dicho escuetamente, inclusión social sería mantener al ser social establecido dentro de las diferentes entidades que vamos conformando. Enlazados, ligados a otros, por el accionar de diferentes fuerzas sociales: tendencia social primaria, normas, costumbres y el Poder.

¿Cómo es eso de poner adentro? ¿Estar adentro? ¿Poner o estar adentro de qué? Desde ya nadie puede estar totalmente fuera de lo social, eso sería estar muertos; somos bio-psico-sociales. No obstante, nosotros mismos solemos decir de la marginalidad como de una manera de estar fuera de lo social. Si decimos ahora que no puede estar nadie fuera del todo social mientras estemos vivos, ¿de qué entidad o lugar se dice estar fuera cuando hablamos de marginación?

Marginal es estar solo fuera de alguna entidad social, o solo impedido de satisfacerse en ella. O sea, solo estar afuera en mayor o menos medida de lo social.

Ser marginado no significa estar fuera del todo social, algo imposible, sino solo tener mayores o menores dificultades (o impedimentos) para transitar algún grupo, institución o comunidad. Y clasificaremos de marginal a alguien si estimamos alto su grado o cantidad de lugares que ha sido excluido o impedido de circular. Algo que de cualquier manera todos sufrimos en alguna medida.

No pensemos en el marginado como en alguien aislado, solo, así puesto o quedado. Ausente de los demás. Nada de eso. Y ni siquiera como alguien extraño en todo tiempo. Al marginal

hay que concebirlo siendo solo ajeno de algunos ámbitos instituidos. O en ciertos momentos.

Como ningún ser humano puede estar enteramente ajeno a los otros, entendamos entonces al marginal como alguien con dificultades para algo compartir o intercambiar.

Pero al mal que produce la marginalidad no lo circunscribamos a no alcanzar los fines concretos de satisfacción para los que se fundaron las instituciones. Lo peor, creemos, es que repercute en nuestra capacidad para operar psíquica y socialmente con algunas categorías. Nos afecta en nuestro rendimiento mental, limita nuestra capacidad significativa y simbólica. Hace que nuestro registro de realidad y sobre todo las relaciones sociales que establecemos para dirimir influencias significativas y de sentido, sean defectuosas. Nos limita comunitariamente.

Imposibilitados o discapacitados para pensar desde lo educativo, gremial, mecánico, etc., de donde nos sintamos fuera, nuestras relaciones sociales se mostrarán torpes y restringidas. Nuestro lenguaje, sobre algunos temas, se mostrará impreciso. No accederemos o no nos consideraremos “con derecho” para hablar de ciertas cosas.

Mencionamos este tema de la marginalidad en este escrito sobre la finalidad de nuestros tratamientos, porque en general lo que hacemos durante los mismos es ayudar a que las personas ganen u ocupen lugares sociales que mejoren su rendimiento mental.

Subrayemos lo dicho. No buscamos con nuestros tratamientos no es solo ayudar para que los sufrientes accedan a satisfacciones concretas, sino que con nuestros tratamientos promovemos la apertura de espacios sociales y mentales para que en su tránsito nos vayamos haciendo mejores personas, si así se quiere decir. Y trabajamos en lo cotidiano, representándonos en el hacer (dando significados) y figurándonos siendo (otorgando sentido a lo hecho), buscamos la cura.

Todas estas tareas, por supuesto, hablan también de nuestra finalidad.

Andando por las comunidades

Esto que ahora traemos, aunque no lo parezca, tiene relación con el tema de la finalidad de los tratamientos que realizamos.

Debido a las complejas conductas requeridas para satisfacernos en lo social, todo un aprendizaje sobre como “caminar las instituciones” suele ser necesario llevar a cabo con nuestros usuarios. Decir a alguien reconocido como loco en su barrio o ciudad: “vaya al hospital que usted tiene derecho a que lo curen”, no es la mejor manera de ayudarlo para que reciba atención. Además, si alguien estuvo mucho tiempo impedido como sujeto de derecho, suele convencerse (y los que lo rodean también) que su tránsito por los establecimientos de la comunidad le está vedado.

Por tal razón hay que preparar a estas personas para enfrentar un “mundo” que inicialmente le será resistente.

Hasta el aprendizaje del uso de palabras (y categorías) pertinente a las nuevas instituciones que transitará suele ser necesario llevar a cabo. Por ejemplo sobre la sanidad, ayudarlo a que tome conciencia de lo que es ser paciente, enfermo, sobre la función del médico, enfermero, etc. Todos desconocimientos que seguramente padecen quienes se sientan marginados por ser locos.

En cualquier lugar de encuentro abierto para intercambiar con otros, en la calle, durante acompañamientos, apelando a visitas domiciliarias o con concurrencias a dispositivos de promoción social, se deben ofrecer enseñanzas (y experiencias si se puede) sobre el uso de las categorías requeridas para interactuar en las entidades institucionales.

La concurrencia diaria a dispositivos de inclusión social sirve, precisamente y ante todo, para que las personas estén al corriente de que ninguna categorización que se haga de una cosa o hecho (sea esta sanitaria, gremial, educativa u otra) le

está vedada usar para reflexionar. Que es su derecho, el primero, poder opinar sobre las cosas que le incumben. Y la amplitud temática que con ello vaya ganando, en conversaciones cotidianas, en las asambleas a las que concurra, en los talleres, etc., será el mejor indicador de los progresos que va consiguiendo para su cura.

Viendo así estas cuestiones, desde la perspectiva de la enseñanza-aprendizaje, lo que así se alcanza es otra manera de entender la finalidad de tratamientos que hagan coincidir la cura con la inclusión social.

Cierre

La finalidad de las prácticas de salud mental que desarrollamos, la inclusión social, tendría entonces múltiples facetas. Tantas que es difícil exponerlas todas. Expresaría un tránsito por las instituciones de la comunidad, fluido y de baja resistencia. Se revelaría como ejercicio de derechos y como satisfacción de necesidades de manera autónoma.

También es posible decir que lo que como finalidad se busca en nuestros tratamientos es una mejor adaptación al contexto social y cultural. Dar un orden histórico y moral a la vida.

Desde otra perspectiva, un estado de inclusión social es poseer, experimentar, ver y sentir lo existente, con un ganado y propio sentido de realidad.

Más cosas pueden decirse sobre este tema de la finalidad de los tratamientos de salud mental. Pero dejemos aquí este escrito. Y que cada uno siga sumando conceptos, sacando conclusiones... si es que con lo leído pudo sacar algo, ¿no?

TRES ESCRITOS DE ANA LIA BROIDE

Historia De La Constitución Del Equipo De Salud Mental De El Bolson Reseña De Sus Actividades *(texto escrito en la década de los ochenta)*

Mi inclusión en el Sector de Salud de la Provincia, se realiza en Octubre de 1979, en el Hospital de Área El Bolsón. Ingreso como médica generalista, para realizar tareas en el sector de Tocoginecología. En el Hospital se desarrollan las cuatro especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatría y Tocoginecología) a cargo de médicos clínicos.

En un primer momento se me niega la posibilidad de realizar tareas en S.M., ya que desde el Consejo de Salud Pública, se consideraba que estas actividades no eran necesarias en el Área Programa El Bolsón; sin embargo comencé con atención de consultorio externo, fuera del horario de trabajo donde realicé Psicoterapias individuales y grupales, Coordinación en Grupos de Alcoholismo y docencia de personal de enfermería y agentes sanitarios, con elevación de estadísticas de pacientes atendidos y tareas realizadas para justificar y demostrar la necesidad e importancia del Sector, situación

que ocurre en Junio de 1982 quedando a cargo hasta la actualidad. Al principio las tareas en Salud Mental eran compartidas con las de Tocoginecología (L.M.V.Gineco., M.y J.Salud Mental), hasta que a partir del 84 mi dedicación es exclusiva al Sector de S.M.

En este primer período que transcurre durante el proceso militar, hay una total desinformación sobre las tareas y actores en todo lo atinente a actividades en el área. Me encontraba totalmente aislada y desconociendo cuantos equipos funcionaban en la Provincia, quienes eran los profesionales y cuales los criterios de trabajo.

Recién en 1982 se me notifica que por la acreditación del título capacitante (Residencia completa en Psicopatología) se me trasladaba al Hospital de Allen, Neuropsiquiátrico de la Provincia, a cambio del pase a planta permanente, ya que hasta entonces, permanecía contratada mensual, sin posibilidad de licencias ordinarias, ni por enfermedad o maternidad, etc.; situación que se sostiene hasta mediados del 83 al no aceptar este traslado.

Es en el año 83 que llega una primera comunicación de un curso de Psicopatología Clínica que se realizó en el Hospital Neuropsiquiátrico de Allen, dictado por profesionales del Hospital Italiano, Dra. Noemí Chervinsky y colaboradores, al cual concurrimos con el Lic. Julio Muslera, donde conozco a profesionales del área, algunos de los cuales continuaron su labor en Salud Pública hasta la actualidad (Lic. José Schiappa Pietra, Ricardo Rosquin, Miguel Vera, Lidia Moretini, etc.).

Es a partir del advenimiento de la democracia que comienza todo otro período, en lo atinente a la S.M. en la Provincia. Se nombra al primer Jefe de Programa el Dr. Carlos Cornaglia, quien luego de un reconocimiento personal de toda la provincia comienza a producir trabajos (Hospital, una propuesta a partir de la palabra, De la Institución iatrógena a la Institución terapéutica, De la Descentralización en el ámbito de las tareas de Salud Mental, todas Allen 1984) que cimentaron las bases para los primeros lineamientos

programáticos, que conjuntamente con las conclusiones del Seminario Nacional de Recursos Humanos y Programación en Salud Mental, en La Falda 1984, crearon en muchos de nosotros la mística militante que posibilitó el proceso de desmanicomialización, que luego llevamos a cabo.

Primero fue la mística y después la organización.

En el año 1985, llegó a la provincia el Dr. Hugo Cohen, a cargo de la Jefatura de Programa de S.M., que a diferencia del Dr. Cornaglia, fija su residencia en Viedma, dentro mismo de la organización política del Consejo de Salud, imprimiendo un cariz netamente estratégico-político al proceso.

Yo en un primer momento lo único claro y cierto que tuve es el **NO al manicomio**. Esta era una certeza absoluta que nacía de todo mi ser. En el 84 todavía no sabía cómo concretarlo. En ese año externados de Allen y enviados a cada uno de sus lugares de origen muchas personas, algunas con muchos años de internación. A nuestro Hospital llegaron cuatro muy deteriorados.

Esto también produjo una conmoción institucional. Inmediatamente comencé a reunirme y discutir con profesionales amigos, compañeros de trabajo y personas con algún vínculo afectivo, donde también hubiese acuerdo acerca de valores y visiones del mundo, (por ejemplo: respeto por las diferencias, por la libertad de pensamiento, lucha contra la marginación y el autoritarismo, respeto y cuidado por la dignidad individual, etc.). Salíamos de una época de terror y oscuridad, donde todos habíamos sufrido tantas pérdidas, que no fue difícil rescatar estos valores. Esto culminó en una reunión de Profesionales en la Dirección del Hospital, donde había dos grupos bien diferenciados: los que estaban a favor y los que estaban en contra de que éstos pacientes continuaran en el Hospital y fueran apoyados para una reinserción social. La discusión se hizo acalorada de entrada. Se escuchaban planteos como... "con un paciente tuberculoso sé que tomando distancia no pasa nada, pero éstos se te acercan, te piden cigarrillos, te tocan y no sé qué

hacer, me siento en peligro”. Otros le contestaban... “reaccionaria, quién sos vos para negarle su libertad y su locura”, y ya eran todos gritos. El descontrol se había apoderado de nosotros, un pediatra parado arriba de una silla tirando bollos de papel a cada uno de los grupos, alguien se puso a bailar la cueca entre ambos bandos, luego de numerosos intentos de aquietar los ánimos y así poder escucharnos. Y a todo esto el Director del Hospital estaba acostado en un banco. La locura se había apoderado de la Institución. Me detengo tanto en este momento porque de aquí arrancamos. Porque fuimos capaces de atrevernos hasta llegar a las últimas consecuencias de nuestras contradicciones, aceptar ahondar en una crisis individual e institucional y desde allí lograr una coherencia y una nueva síntesis.

Demás está decir que estos pacientes se quedaron, en un lento proceso hacia su reinserción que continúa aún hoy.

Nuevamente, primero la mística militante, el acuerdo ideológico en un proyecto de desmanicomialización, luego el cómo lograrlo.

Recuerdo el primer encuentro con el Dr. Cohen, en el Hospital de Bariloche. Desde mí, muchas expectativas. ¿Se iba a continuar con el proyecto que se llevaba en marcha?, y de nuevo, primero acuerdo ideológico y luego el cómo, la priorización de los objetivos. Al poco tiempo fueron llegando al Hospital los primeros trabajos del Dr. Cohen (Lineamientos Generales para el corto plazo_Viedma 1985_, Misiones y Funciones de un Servicio de Salud Mental_Viedma 1985_, Actividades e Indicadores_Viedma 1985_, etc.). Todos leídos y releídos, discutidos y acordados, en los distintos y numerosos encuentros de trabajo de Equipos de Salud Mental de la Provincia y cursos de capacitación y estudio, que se fueron sucediendo a lo largo de todos estos años. Primero con mayor frecuencia, hasta cinco o seis encuentros anuales, luego espaciándose un poco, para retomar con nuevos bríos, al contarse nuevamente con recursos como para poder hacerlo.

En lo personal este “como”, fue cambiando en el transcurso de los años, en un espiral dialéctico realimentado en y por el trabajo cotidiano, especialmente con los usuarios y sus evoluciones (estrategias que funcionaban o no), con los compañeros y colegas del Hospital General, sin lo cual todo hubiese sido imposible, y el intercambio permanente con los compañeros, colegas y amigos del resto de los equipos de Salud Mental de la Provincia, en donde cada encuentro posibilitó una articulación, un entramado en red sutil, que facilitó la concreción de este proceso en marcha, así como el compromiso e intercambio y apoyo de los distintos compañeros de mi equipo.

EXPERIENCIA EN EL BOLSÓN

(Texto escrito en 1989)

Voy a hablar de mi experiencia como médica psiquiatra en un hospital general de un pueblo pequeño en la Prov. de R.N., El Bolsón, y cómo es posible realizar la experiencia nuestra de S.M. en un medio como este.

El equipo de S.M. está compuesto por 2 psicólogos, 2 auxiliares de S.M. (uno de ellos recuperado y coordinador de grupos de alcoholismo) y yo.

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.

Tomamos la enfermedad mental, como un producto social, y al enfermo en crisis, como un emergente de una situación y sociedad enferma y esta es la premisa fundante de nuestro trabajo.

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, resignificando 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.

Es por ello, que cambiamos el punto de enfoque, en vez de ver al enfermo como peligroso, entendemos que el mayor peligro reside en su marginación.

Trabajamos entonces la desmitificación de la locura, en todos los ámbitos y en cada etapa del tratamiento, intentando abolir categorías tradicionales que etiquetaban al enfermo como irreversible y crónico. Para ello, realizamos las internaciones en salas generales, reconsideramos el concepto de crisis como una categoría reversible y universal (todos

tenemos crisis vitales): y hablamos de sufrimiento mental, en vez de categorías diagnósticas.

Desde un comienzo enfocamos el tratamiento cuidando de no romper los lazos con el medio y evitando toda situación que dificulte su reinserción futura. Esto se logra con internaciones cortas, en el momento agudo, cuando la familia no es continente, y cuándo sí lo es, con internaciones domiciliarias, integrando y armando redes de contención de la persona en su medio.

Al equipo de S.M. se integra cualquier persona más cercana a la persona en crisis que pueda ser referente y continente. No todas pueden servir para ello, a veces no hay ninguna en la familia, pero siempre hay alguien, desde un vecino, o amigo, o como en algunas experiencias, lo hemos vivido, una Directora de escuela o un policía.

Otra situación que tratamos en lo posible de cuidar y sostener son los vínculos laborales, cuando estos existen, o incentivando y capacitando, cuando éstos no están.

Es tan importante la sesión individual, como la entrevista con la familia, como el acompañamiento de la persona en su casa, ayudándola a reconectarse con las labores cotidianas, que apuntan a atender sus necesidades básicas, de alimentación e higiene, y trabajos como cortar leña, colaborar a integrarse en estas actividades junto a su familia, apuntando a su independencia y autocuidado.

Respecto de la integración de esta tarea con el Hospital General, la encaramos sumando a esta cruzada, a todo trabajados, ya sea este chofer de ambulancia, o de mantenimiento, administrativo, Enfermero, Director o Profesional, respondiendo preguntas a dudas, reflexionando juntos, desde una concepción, de capacitación a partir de la tarea. Esta es la red a que hacía referencia antes. Todos somos agentes de salud y corresponsables de lo que le pasa al otro; y así es como el equipo de S.M. se extiende, abarcando hasta llegar a que cada vez más la comunidad sea contenedora; Y así es como llegan aportes, como p.ej.: la jefa

de cocina a la vuelta de un viaje mío me observa: -“Hoy lo vi a Tito, me llamó la atención el brillo de su mirada, por qué no habla con él a ver cómo está?”; o la enfermera de la guardia, -“María está muy adelgazada, estará comiendo bien?”. O los vecinos de otro Sr. que saben que cuando éste empieza a decir -“O.k.”, está comenzando a descompensarse, y lo traen al Hospital.

Una actividad que nos ayuda mucho con algunas personas con serias dificultades de conectarse con actividades laborales, es la realización de tareas en el hospital a cambio de alimentos: paquetes de arroz, fideos, leche, carne, etc. que es con lo que contamos como forma de pago, a falta de dinero. Las tareas son cortar leña, entrarla en la cocina (tenemos cocina a leña) hasta la huerta hospitalaria, que hasta ahora y durante 3 años consecutivos, significó un importante aporte a la institución. Ahora estamos pensando cooperativizar la huerta entre los que trabajan.

Estas tareas son supervisadas, acompañadas y compartidas, por el personal de mantenimiento que actúan como acompañantes terapéuticos durante 3 horas de labor. De esta manera el valor terapéutico del trabajo abarca distintos aspectos de reconexión del paciente con él mismo, y su entorno, de autovalorización y valorización dentro de su medio familiar, nuevos lazos de compañerismo y amistad, en fin, un nuevo rol social.

Por eso, así como decimos no a la marginación, también decimos solos no podemos, solos el sector salud es imposible. Porque la locura es un fenómeno social, y es allí donde debemos producir el cambio, dentro de nuestro propio imaginario y en el imaginario colectivo. La responsabilidad es de todos. Así como dice Porquia -“Hágase c/u responsable de sus propias culpas y no habrá culpables” yo digo hagámonos todos responsables de nuestra propia locura y no habrá marginación, ni hospital psiquiátrico, ni locos.

LA INCLUSIÓN EN LA COMUNIDAD DE USUARIOS Y SUS FAMILIARES: EL DESARROLLO DE EMPRESAS SOCIALES COMO RECURSO ESTRATÉGICO

Como dice el Dr. Benedetto Sarraceno, "la rehabilitación no es una sustitución de discapacidades con capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones. Es un proceso que implica la apertura de espacios de negociación para el paciente, para su familia, para la comunidad que lo rodea y para los servicios que se ocupan de él"...

"El eje de la Reforma implica un giro sustancial: el negocio precede al ocio; es decir, sólo a partir del derecho activo al ejercicio del negocio (del intercambio de oportunidades materiales) el sujeto se encuentra en condiciones de ejercitar el derecho a las relaciones"...

MARCO REFERENCIAL. EVOLUCIÓN

Uno de los ejes fundamentales del Programa de **Desmanicomialización** en la Provincia de Río Negro es la *Inserción Social* de personas con sufrimiento mental. En este marco la preocupación por la *inserción laboral* es determinante del pronóstico de la evolución de la persona.

Entendemos al trabajo no sólo como un proceso que promueve la articulación de intereses, necesidades y deseos; sino una instancia que dignifica a la persona, dándole la posibilidad de recuperar la pertenencia, de poseer recursos para el intercambio social y para la consiguiente ciudadanía social.

Esto es un gran desafío en un contexto político – social de desocupación, pensar en la salida laboral de personas que han sido marginadas del sistema, y no solo productivo.

En el transcurso del tiempo hemos realizado varias aproximaciones a emprendimientos sociales (desde Grupos Operativos, Grupos Preempresariales, Cooperativas hasta finalmente conformar Empresas Sociales), con desaciertos de los cuales hemos ido aprendiendo, pero teniendo en claro que la intervención tenía que ver con ligar a grupos vulnerables a una iniciativa económica (no asistencial). *Pasaje de sujeto pasivo a sujeto activo.*

Entendemos entonces como Empresa Social una alternativa organizacional para concretar objetivos sociales, promocionales y comunitarios, que se basan en facilitar la transformación de personas y grupos, de sujetos pasivos de diversos tipos de asistencia o ayuda por su situación de desventaja o exclusión, a una función activa por medio de la cultura a emprender, que permite intercambios sociales y económicos, vinculándose con el mercado en forma directa.

Esto no implicó solo una modificación en el usuario sino también en los Operadores de Salud Mental. Debimos transformar la relación con ellos en estas estructuras, normalmente de protección, a relaciones dinámicas donde la economía entra en juego.

Transitamos un proceso: de pensar al usuario como *emprendedor* de la empresa social, hasta darnos cuenta que solo algunos pocos son emprendedores (como pocas personas no usuarias lo son). Pero sí todos deben ser asalariados con los mismos derechos laborales entre sí o sea que tengan una remuneración monetaria acorde.

EJES DIFERENTES. PRINCIPIOS EN LOS QUE SE BASA. (2)

En las empresas sociales (E. S.) el recurso humano es el factor preponderante y central. La economía centrada en el hombre.

El objetivo es la distribución de las ganancias en forma equitativa entre los integrantes de la misma. El producto debe tener la posibilidad de competir en el mercado en precio y calidad.

El Mercado como ámbito de intercambio: la relación entre Productores y Consumidores sin la mediatización del capital. Sin que el condicionante restrictivo sea la posesión del capital.

La ganancia debe entenderse como restricción operativa, NO como motivación fundante.

Debe ser instrumento para adquirir Derechos de Ciudadanía: Derechos a tener Ingresos y a Consumir.

Se entiende por Cultura de Emprender como Generar Oportunidades Vs. Esperar que las soluciones vengan desde afuera. Estar dispuesto a correr riesgo económico.

La diferencia sustancial con la empresa comercial (E.C.) es que el objetivo de esta última es la acumulación de ganancia en una competencia sin límite. **La economía centrada en el capital.**

La E.S. tiene como finalidad formar parte de una red social a diferencia que a la E.C le interesa formar parte del emporio económico.

Debemos diferenciar también a las E.S. de los talleres protegidos (T.P.) Estos se constituyen como espacios asistenciales donde el sentido de la producción está orientado solamente a la terapia (ergoterapia). Aquí el status social no cambia. El “loco del manicomio” al “loco que trabaja”.

(no coincide)

de muy buena calidad. El cliente tiene que querer comprar lo que vendemos. El producto debe ser también competitivo en el mercado también en precio.

Para que esto suceda hemos aprendido que la mejor opción es la creación de Empresas Sociales Mixtas (con personas desocupadas de la comunidad y usuarios). Dada la realidad que se está viviendo en nuestro país con una desocupación

de un 20% de la población activa, es una opción absolutamente viable.

OBJETIVOS

- El objetivo es generar una promoción laboral auto sustentable que posibilite la autonomía de las personas.
- Facilitar el acceso al trabajo como factor esencial de la conservación de la salud.
- Impulsar la cultura de emprender como enfoque proactivo para resolver la marginación, buscando las oportunidades, en lugar de esperar pasivamente las soluciones.
- Promover los objetivos anteriores, en el marco de la escasez de recursos del Estado.

FORMAS DE TABAJO – PLANTEO ESTRATÉGICO

Se debe analizar la “ventaja” de cada “desventaja”. Ejemplo saber “aprovechar” la sensibilidad de una persona que ha tenido sufrimiento mental. La sensibilidad que ha provocado el sufrimiento, es un facilitador de la detección y atención de las necesidades para otros servicios, Ej.: en el mercado turístico, atender a viajeros y huéspedes. Capacidades artísticas para organizar espacios recreativos, etc.

LUGAR DEL ESTADO

Hasta ahora encontramos obstáculos en el contexto jurídico y del mercado: En nuestro país la legislación laboral e impositiva es desfavorable a este tipo de emprendimiento, lo que hace imposible la organización de Empresas Cooperativas ya que el pago de los impuestos de los socios cooperativos hace inviable este tipo de organización.

Lo mismo ocurre con el Régimen Previsional; la falta de Sistemas de Garantías Financieras y un Sistema rígido de compras del Estado.

A esto se suma en el ámbito de la comercialización una cultura del Capitalismo salvaje. Y en los ámbitos promocionales, una cultura Asistencial.

Es por esto que como punto de partida, legalmente hemos tenido que comenzar con Grupos Preempresariales (en negro), hasta conformar con el tiempo, Asociaciones Civiles como la Asociación Rionegrina y en algunas localidades Fundaciones.

Esperamos del Estado que tome conciencia del beneficio comunitario de este tipo de organización, deje de implementar proyectos basados en el asistencialismo e implemente el marco legal que facilite la concreción de Emprendimientos Sociales.

Se hace necesario un apoyo de la Administración Pública que no sea de protección sino dinamizante. Esto es poner a disposición aquellas "oportunidades" que sirvan para inducir los procesos productivos, y no reservarlos estas a los Sectores Comerciales Tradicionales dejando para los emprendimientos sociales los "nichos" menos productivos.

(5)

En El Bolsón uno de los emprendimientos que se llevan a cabo es la concesión de la Confitería del Polideportivo, ganada por licitación Pública Municipal.

En este caso un grupo de personas (mixto) se presentó para ocupar un lugar (nicho económico) disponible en la comunidad.

Al principio hubo mucho apoyo del Equipo de Salud Mental, acompañamiento para luego ir corriéndonos cada vez más, en la medida que ellos podían hacerse cargo del negocio.

Al igual que la confitería también se ganó por licitación pública municipal otro emprendimiento: La cartelería Urbana, que la lleva a cabo como emprendedor, un familiar de un usuario. Ocupa como mano de obra a usuarios del Servicio.

Como dijera el intendente en su inauguración: "Los locos nos señalan el camino por dónde ir" haciendo doble alusión a la

utilización de la Empresa Social como recurso contra la exclusión social.

Existieron en distintos momentos anteriores como grupos pre-empresariales un Kiosco Buffet en el Hospital Local, un Taller de Cestería, Vivero de Plantas autóctonas, Huerta, Cría de Conejos.

Simultáneamente a estos emprendimientos se desarrolló un salón de usos múltiples, espacio que se alquila para: conferencias, fiestas privadas, Gimnasia, Trueque, reuniones de Juntas Vecinales, Actividades Hospitalarias y Comunitarias, etc.

En Viedma se organizaron emprendimientos de Confección de Comidas para eventos y a domicilio, Huerta de Hortalizas, Producción de Verduras a gran escala en una Chacra.

En la ciudad de Roca: Servicio de Limpieza de las Vías del ferrocarril, un contrato Municipal.

En la ciudad de Cinco Saltos: un Hotel con contrato con Obras Sociales y Sindicatos de Trabajadores del Estado.

En San Carlos de Bariloche la confección de Dulces Caseros de Frutas del Bosque (Berrys, Frutillas, Mosquetas, etc.)(6)

LOS LOGROS

Son significativos. Personas que habían quedado fuera del ámbito laboral, volvieron a formar parte del mismo.

Usuarios que no sólo han mejorado la calidad de vida, sino que utilizan menos los espacios de tratamientos asistenciales (Psicoterapia y Psicofármacos) con un mínimo acompañamiento del Equipo de Salud Mental.

“Si no actuamos en estos términos (valoración económica) no nos quedaría más que administrar un residuo inerte: la enfermedad, la incapacidad, la exclusión, la pobreza.”

Dr. Franco Rottelli.

MÉTODO DE TRABAJO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Lic. Anibal Gutierrez

Uno de los elementos centrales para la operatoria de nuestra propuesta en cuanto al trabajo en salud mental comunitaria, es el viejo y transitado método de Reflexión-Acción. Esta forma de organizar los procedimientos, en nuestro caso pensada como necesaria, para acompañar a una persona que padece exclusión social hacia la recuperación de su capacidad de construir significaciones y sentido en la realidad de la vida cotidiana, se nos presenta, por lo menos hasta ahora, como la forma más pertinente y fructífera en este devenir de una práctica que se intenta pensar, repensar y conceptualizar mientras también la vamos haciendo. Una concepción de la práctica y el pensamiento sobre ella en un devenir de construcción y reconstrucción permanente, que reconoce desde el inicio la ignorancia de

cuáles serán los caminos que habrán de transitarse para acompañar al que padece sufrimiento mental hacia la recuperación de su capacidad para habitar el espacio comunitario con el mayor grado de fluidez y autogestión que se vaya haciendo posible, desarrollando su proyecto vital.

Para decirlo más en criollo: en nuestro modo de trabajar en salud mental comunitaria no sabemos qué cosas exactamente vamos a hacer cada vez que emprendemos la tarea de dar respuesta a la solicitud de otro humano que padece. Y justamente como no sabemos qué procedimiento serán necesarios, la cosa se complica... tenemos que pensar qué conviene hacer en virtud de la situación que se nos plantea y como es exactamente eso: una **situación** en la que se encuentra la persona que padece, la densidad del conjunto de variables que confluyen es extraordinaria; porque sencillamente son las correspondientes nada menos que a la vida de esa persona, que se desarrolla en un contexto multistitucional e intensamente activo. En este punto, enfrentados a la complejidad de la vida cotidiana (donde las cosas reciben sentido y el ámbito en el que desempeñamos nuestro trabajo) es donde comenzamos a valorar el método de Reflexión-Acción con su posibilidad de replanteamiento estratégico en función de los resultados. Ante la incertidumbre de los efectos que tendrán nuestras intervenciones que, aunque diseñadas con el mayor esfuerzo y pertinencia disciplinar e interdisciplinar, siempre serán, enfrentadas a la complejidad mencionada, tentativas para comenzar a recorrer junto a otra persona que padece, un camino que no sabemos si será el que nos llevará hacia dónde queremos ir. Por lo tanto debemos tener la posibilidad de reformularnos y rectificarnos en cuanto al camino elegido, otra forma de decir lo mismo: debemos agenciarnos esta posibilidad de reformulación del diseño estratégico, si los efectos de la operatoria de un diseño anterior se valoran como contrarios o no coincidentes con la finalidad que gobierna todo el proceso. Y si los efectos están en línea con la

finalidad, también la posibilidad de ratificar la estrategia en marcha. No sabemos de antemano si lo que se hará nos acercará a la inclusión social o por el contrario nos alejará de ella. La reconfiguración de la composición dinámica del conjunto de variables implicadas, luego de la intervención fruto de la estrategia construida, es imprevisible; justamente por ello es menester ineludible que la intervención sea pertinentemente orientada conforme a la finalidad. Es cierto, como antes dijimos, que no sabemos con antelación **por dónde iremos** (dominio estratégico) ni **qué** cosa necesitaremos hacer para ir resolviendo los acontecimientos mientras vamos (dominio técnico); sin embargo hay algo que sabemos, que debemos saber y saberlo lo más claramente posible y no olvidarlo nunca, porque es aquello que nos orientará en este asunto de las complejidades sociales, mientras transitamos todo el proceso, esto es: el saber **hacia dónde** queremos ir (dominio político), y queremos ir hacia la **Inclusión Social**. Esta es la finalidad del conjunto de nuestras prácticas en salud mental comunitaria y denota algo muy definido en relación directa con el poder entendido como **la capacidad de la persona de ejercer influencias significativas y de sentido**. El tener presente esto último es un elemento de uso práctico cuando se trata por ejemplo, conforme al método que utilizamos, de evaluar el resultado de alguna acción realizada; sirve para valorar los resultados de la aplicación en la realidad social de un diseño estratégico y sirve mucho para no extraviarse confundiendo la valoración de los fines parciales operativos de algún componente de lo estratégico (por ejemplo la mitigación de alguna sintomatología por medio de un adecuado esquema psicofarmacológico) con la finalidad última de la estrategia (la inclusión social) a la que tienen que obedecer todos estos procedimientos. Además también sabemos que en los caminos que hemos de transitar a la vez que indeterminados de antemano y rectificables en su andar, los procedimientos

serán enmarcados por la dignidad, la identidad y el respeto por la persona sufriente mental.

Bastante elucubración hasta este punto, pero no hemos avanzado mucho sobre los que nos interesa compartir con quien nos está haciendo la gentileza de prestarnos su atención, y lo que nos interesa compartir viene a ser más que nada el **cómo hacemos** para trabajar cotidianamente en salud mental comunitaria, para promover la inclusión social de un semejante. Así que reformulamos el desvarío, enderezamos la nave y nos ponemos más descriptivos con nuestra versión del método de Reflexión-Acción aplicado al quehacer de salud mental comunitaria.

Primeramente una versión esquemática del método



Como se puede ver se trata de una especie de diagrama de flujo con relaciones de algunos elementos agregados, o al menos esa era la intención cuando lo graficamos. Quedó este dibujo provisorio, que nos va a servir para explicar cómo solemos hacer cuando trabajamos. Y si nos sirve para ayudar a explicarnos y a entendernos, lo daremos por bien logrado. Si no llegara a servir invitamos a que se lo mejore transformándolo o directamente a hacer otra metáfora gráfica que dé cuenta mejor del asunto. En este diagrama esquemático enseguida se hace notar su condición de semejanza (bastante parecido) con uno de esos sistemas que suelen denominarse realimentados, más específicamente en el caso que nos ocupa se trata de una realimentación negativa. Esta organización de elementos para el control de un proceso, se basa en introducir en la puerta de entrada del sistema información resultante de la operación del mismo, comparándola con la finalidad pretendida, con el efecto buscado, para conocer la diferencia entre ambos elementos. El sistema sigue operando hasta hacer coincidir el efecto o información de salida con la finalidad buscada, que es lo que se usa como referencia de comparación. Suele usarse para mantener el equilibrio de un sistema, aquí nos figuramos un esquema similar para perseguir la finalidad de la inclusión social. Y el devenir del proceso suele presentarse de la siguiente forma: Una vez establecida la situación de quien demanda, cuales son los elementos que están afectando el ejercicio de influencia significativa y de sentido en su vida cotidiana, donde se ubican los condicionantes de la pérdida del relativo equilibrio de esa vida, entonces se diseñan los caminos por donde se ha de transitar para recuperar la capacidad de ese ejercicio, que es ejercicio de Poder. Se reflexiona en reunión de equipo y se va construyendo la estrategia que el conjunto considera más apropiada. Los diferentes elementos componentes de la estrategia diseñada, a cargo de diferentes efectores, se llevan al campo de la operación, en su sentido de acciones dirigida a la

transformación en el campo social. La información sobre el resultado de estas acciones operativas, las transformaciones producidas por los procedimientos aplicados, es llevada nuevamente al espacio de reflexión, donde se la evalúa nuevamente en conjunto y se definen rectificaciones o ratificaciones de las actividades realizadas en función de si nos alejan o nos acercan a la finalidad de inclusión social y se vuelve a pasar al campo operativo cuyos resultados serán nuevamente evaluados en la reflexión y así se continúa las veces y el tiempo que sea necesario. En este aspecto del *hasta cuándo y hasta dónde (tiempo y espacio)* continuar, las respuestas no se organizan del mismo modo que en las disciplinas terapéuticas asistenciales. Sobre todo porque al plantear el trabajo en el medio de la vida cotidiana también planteamos que el trato que se realizará será el de persona a persona, con la consecuente familiarización de ese trato. Lo que exige un gran esfuerzo, por ejemplo en el sostenimiento de la disociación instrumental de los efectores y en el análisis de las implicaciones, para poder transitar espacios familiarizados grupales sin perder de vista su función sanitaria y a la vez la finalidad de inclusión social. Es frecuente que en situaciones de personas con padecimientos mentales graves donde la exclusión social se presenta con toda la fuerza de su contexto social activo, la referencia de la persona con el equipo de salud mental comunitaria, aunque vaya ganando espacios de poder, se sostenga por períodos extensos de tiempo, incluso para toda la vida. Así es que hay personas que aunque hayan logrado superar los desequilibrios sufrientes y comenzar el desarrollo de proyectos vitales propios en su comunidad, de vez en cuando igual “pasan a saludar y tomarse unos mates” con personas del equipo con quienes aquella vez el trato se familiarizó, esa vinculación de persona a persona permanece porque está construida sobre bases de componentes sincréticos grupales que se diferencian netamente de las funciones institucionales que encuadran los comienzos y fines de las relaciones

terapeuta-paciente. De todas formas el espacio de reflexión del equipo, donde se gobierna el diseño de la estrategia es el ámbito pertinente para la evaluación de lo que es necesario en las situaciones mencionadas. Viene aquí en nuestro auxilio el recuerdo de una ocasión, en la que una persona con un padecimiento mental grave se hallaba en tratamiento hacía cerca de tres años con el equipo de salud mental, y en el transcurso de ese tiempo había realizado progresos interesantes en el aspecto laboral y afectivo, algunas ideaciones un tanto paranoides de vez en cuando pero nada que le impidiese realizar su vida, en esto estábamos todos de acuerdo, y los efectores con cierta satisfacción por los frutos de la tarea de acompañarlo en este mejorar. Un día, como tantos otros, vino a ver al equipo y cuando estábamos reunidos nos dijo luego de un silencio: *“Quiero decirles algo... No quiero que se ofendan, pero estuve pensando... y me parece que ahora, sin que ustedes me acompañen me va un poco mejor...”* lo hablamos, tenía razón. Necesitaba nuestra ausencia y el resto del equipo afinar la reflexión.

Es este equipo de salud mental comunitaria quien opera los tratamientos en nuestro modo de práctica, que tiene la capacidad de incorporar a quien demanda atención-tratamiento al mismo. Entendemos a este equipo como conjunto de efectores con diversidad de disciplinas (cuanto mayor variedad mejor) centrados sobre una tarea cuya finalidad se explicita como la promoción de la inclusión social de quien padece sufrimiento mental. Este conjunto se compone como una grupalidad inmersa en una matriz normativa institucional, verificándose fenómenos correspondientes a ambos planos (grupal e institucional) en el desarrollo su actividad. En realidad el plano comunitario (ejercicio de poder) también es verificable en la interacción cotidiana de un equipo, pero a los fines de esta descripción esquemática nos centraremos en consideraciones de la grupalidad que sustenta la creatividad necesaria para la invención de caminos (estrategias) nuevos, junto a la

institucionalidad normatizante que define funciones específicas y diferenciadas, ambos aportes hacen a la conformación de lo que denominamos equipo. Pareciera que el motor para la emergencia de lo creativo se halla en esa área, tan difícil de aludir *con palabras de este mundo*, que es de la de lo grupal, el grupo y que el orden para que esa creatividad se encause por medios conocidos y previstos hacia una operatoria es decir hacia una transformación de la realidad conforme a ciertos objetivos prefijados, le corresponde a la cuidadosa y diferenciadora institución. Una vez trazado el bosquejo superficial del equipo diremos que este se encuentra primeramente con una demanda de tratamiento, esta demanda puede provenir de una persona individual o de un conjunto de ellas o incluso corresponder a un nivel organizacional. Suponemos aquí la primera reflexión sobre la situación de lo involucrado en esta demanda de tratamiento y la puerta de entrada al esquema del método de de acción- reflexión. No vamos a transitar por el sendero sinuoso de discutir si en verdad primero está la acción o la reflexión, si el reflexionar en sí mismo puede ser considerado como una acción en su entidad verbal o si el recibir la demanda no es acaso es la primera acción de entrada. Lo que nos interesa principalmente del método es la posibilidad que ofrece de rectificación o ratificación de la estrategia construida, en virtud del resultado de la experiencia analizada. Por lo cual proponemos en referencia a esta temida controversia que se le diga como mejor le convenga a quien se enfrente a esa dura instancia de de llamar a las cosas por su nombre. El primer elemento de reflexión entonces sobre esta demanda y teniendo en cuenta que la finalidad es que la persona pueda realizar la significación de la realidad y la construcción de sentido, tendría que ser sobre la ubicación de los espacios sociales de donde esta persona fue excluida, de todo este contexto que configura su situación en el mundo, que espacios normatizados no admiten su influencia, no lo reconocen

como persona capaz de significar y definirse a sí misma, que espacios del conjunto de múltiples instituciones que constituyen lo comunitario lo han expulsado o directamente no lo admiten. Trabajamos con la premisa de que una persona nunca está excluida totalmente porque entonces no estaría viva y nunca esta incluida en todos los ámbitos, siempre algo queda afuera (por suerte, así nos queda también un adentro). Cuando una única institución totaliza la categorización de la actividad de una persona, esta última pierda la posibilidad de transitar fluidamente el espacio comunitario, ya que todo lo que haga referirá en ese caso a un único marco normativo: *el paciente (el usuario, el loco) fue a comprar pan, el paciente mira tele, el paciente conversa con la familia, hoy vino a verme tu paciente etc., etc.*, si esta categorización rotulante se cierne sobre alguien, ese alguien estará encerrado aunque camine por la calle y sin necesidad de los muros de un establecimiento manicomial, porque lo manicomial institucional es precisamente esa referencia rígida absoluta y única. Una vez establecidas las dinámicas contextuales que están actuando deberíamos comenzar a delinear que hace falta para que esa persona recupere o comience a recuperar poder en esos espacios. Esto es bastante importante y requiere cambiar ciertas costumbres que hacen primar el diagnóstico disciplinar y en el campo de la salud mental generalmente la psicopatología de la persona como punto de comienzo del proceso de tratamiento. En cuanto a la reflexión sobre lo que es necesario en la situación, la realizamos, como antes dijimos en equipo, y beneficia a esta reflexión la diversidad de disciplinas, que aportarán cada una desde su núcleo profesional, al diseño de una estrategia común para esa situación de esa persona en tratamiento, compuesta de diversos procedimientos. Este es el ámbito de la interdisciplina, donde todas deberían confluir sin hegemonizar el campo organizando sus aportes en función de la finalidad de la inclusión social. Es de la mayor relevancia la pertinencia y capacidad de cada efector en su propia

disciplina, en cuanto más agudeza en su profesión u oficio, mejores aportes y de mayor calidad de podrá hacer a la estrategia común. Una vez determinadas las necesidades y las acciones necesarias para operar sobre esas carencias transformándolas en el medio social, lo siguiente es distribuir la responsabilidad de llevar a cabo las actividades diseñadas entre los efectores, lo que debe quedar claro en referencia a quien le corresponde realizar qué cosas y con qué medios lo hará y en qué tiempo. Estás son en su mayoría actividades que no requieren de el saber disciplinar sino de la persona como tal (decimos en su mayoría porque hay tareas que aunque se definan en equipo son ineludiblemente disciplinares: por ejemplo una indicación farmacológica) en este sentido por ejemplo, si se define que lo necesario es el acompañamiento de una persona en una tarea doméstica, ese acompañamiento lo podría realizar una persona más allá de su núcleo profesional, lo podría hacer un trabajador social, un médico, un enfermero etc. No significa que no sea una tarea compleja, por el contrario: de un acompañamiento en la vida cotidiana, si el que la realiza cuenta con los elementos necesarios de análisis, puede extraerse información valiosa para el tratamiento y las operaciones terapéuticas que pueden realizarse en este ámbito cotidiano son verdaderamente potentes, de eso las experiencias nos han dado muestras claras. Se suma a todo lo anterior un punto más y es precisamente el acuerdo sobre el tiempo y el espacio en el cual se llevará a cabo la evaluación de los resultados de la operatoria diseñada. O sea la nueva reunión de equipo en donde se evaluará lo sucedido en la experiencia y se relanzará el proceso de reflexión-acción. Cuando no queda clara la tarea, cuando no quedan determinadas las asignaciones de las mismas a sus responsables o si no se plantea el nuevo tiempo y espacio para el encuentro de reflexión, no podremos avanzar hacia la finalidad, y probablemente se consigan fines parciales correspondientes a cada disciplina, recortada de una estrategia operativa.

Como forma de juego mnemotécnico (con escasa gracia verdaderamente) solemos decir que al finalizar la reunión de reflexión de un equipo deberían estar muy claras T.R.E. cosas:

- 1) la **T**area con sus requerimientos.
- 2) el **R**esponsable de llevarla a cabo.
- 3) la **E**valuación futura con su tiempo y espacio

Esto claramente requiere de un esfuerzo de enfoque del equipo y sobre todo de un gran esfuerzo y pertinencia de la coordinación de la reunión de equipo. Como dijimos más arriba, los fenómenos correspondientes a un grupo o agrupación normatizada, que así consideramos al equipo, corresponden tanto a elementos del plano indiscriminado de lo grupal como al de lo normatizado institucional. Por lo tanto quien ejerza la función de coordinación de la reunión de reflexión y diseño deberá trabajar con la suficiente atención y habilidad como para promover la fluidez creativa de lo grupal y a la vez sin descuidar los aspectos normativos institucionales donde se enmarca el conjunto, sin nunca pero nunca perder la orientación hacia la finalidad de la inclusión social. Arduo desafío.

La reunión de quipo, el espacio de la reflexión, tiene otra importantísima función además de ser la matriz de generación estratégica. Es el ámbito para la tramitación los elementos de la vida afectiva de los efectores del equipo, movilizadas por el tipo de tarea que realizan que conlleva el encuentro con el malestar del padecimiento casi cotidianamente. Es el espacio donde trabajar sobre la implicación inherente a la tarea en salud mental comunitaria, que toma un especial carácter al proponerse como un trabajo que debe realizarse de persona a persona. Es allí donde se puede desde la mirada del compañero, evaluar por ejemplo si nos estamos sobreinvolucrando que es una forma de extraviarse en la tarea. Perdiendo los fines operativos organizados estratégicamente la familiarización del trato persona a persona sin la presencia normatizada de lo institucional perjudica el ordenamiento conforme a la

finalidad que venimos mencionando tantas veces. O también por el contrario los fenómenos de desinvolucración al servicio de defenderse del malestar, también son posibles de ser reconocidos en esta reflexión conjunta de equipo. Por supuesto también es el espacio el de reflexión dónde celebrar los logros terapéuticos, donde valorarlos y hacerlo reconocibles junto a otros dedicados a este asunto de la inclusión social.

Pero más allá del método, las reuniones, las tramitaciones de los afectos displacenteros, los logros operativos parciales o generales; más allá de todo eso nos resuenan los vestigios sigmunianos de una vieja frase cirujeada por nosotros y transformada a nuestra conveniencia que advierte que aquellos que se embarcan en encontrarse, para combatir las, con las tendencias excluyentes, que habitan mal domadas en el alma de la comunidad humana, han de hallarse preparados para no salir indemnes de esa lucha.

DEL TRABAJO DE SER ENFERMERO EN LOS PROCESOS DE ROTULACIÓN /EXCLUSIÓN DESDE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA DE RIO NEGRO...

Enf. Fernando Cortez.

La modalidad de trabajo en Salud Mental Comunitaria en la Provincia de Río 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 de las personas que padecen sufrimiento mental. La práctica está guiada por la modalidad de trabajo Acción –Reflexión¹ centrada en la tarea, que se encuentra enmarcada por la Estrategia Terapéutica, la misma se valorará, evaluará, se ratificará y/o rectificará tantas veces como sea necesaria con el objetivo de mejorar la calidad de vida del usuario. Pensamos en una práctica profesional comunitaria y promocional, ya que desde este Modelo Curativo

¹ShiappaPietra, José. “Modo Rionegrino de Trabajo en Salud Mental. Río Negro.2006

Promocional²,dejamos atrás la interioridad de las instituciones para aprovechar cada instancia como parte de una estrategia terapéutica. Desde este lugar, un espacio lúdico dependiente de otra institución, una caminata, arreglar el jardín, o hachar leña para el invierno, pueden ser parte de una Visita Domiciliaria y esta a su vez de una Estrategia Terapéutica con lineamientos a corto, mediano o largo plazo, teniendo como fin último, la reinserción socio-comunitaria del sufriente mental.

La posibilidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas necesitan un marco de respeto y confianza en sus potencialidades, para la formulación de un proyecto de vida acorde a su singularidad y le permita vivir en sociedad “...La tarea de recuperación del sufriente mental ya no es privativa de unos pocos especialistas, sino que corresponde a la sociedad en su conjunto”.³

Desde este especial posicionamiento,enfermería tiene un lugar privilegiado para poder participar de estrategias terapéuticas y aportar en este complejo campo. Abandonando el encuadre tradicional para posicionarse desde una visión con características comunitarias⁴ netas, conociendo el contexto en profundidad, promoviendo el rapport con el usuario y las potencialidades salutógenas. Dejándonos atravesar desde lo subjetivo que surge en ese encuentro. Tratando de horizontalizar el poder, convirtiéndose en un “Persona a persona” y con cada visita domiciliaria el efector juega de “visitante” y el usuario de “local”. Herramientas técnicas como la empatía y la alteridad son visceralmente necesarias a la hora de pensar en una praxis cotidiana objetiva. Siendo el objeto de nuestra ciencia enfermera el cuidado, cuanto más técnica puede volverse una

²ShiappaPietra, José.

³Ibid. Hugo Cohen- Graciela Natella. “Trabajar en Salud Mental”

⁴Shiappapietra José, “La Desmanicomialización” Ed. Fondo Editorial Rionegrino.2008.

praxis, a la hora de pensar en el cuidado de vulnerabilidades con tanta sensibilidad humana. Tomando palabras de Collierie: “Cuidar es, mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la misma, pero que son diversas en su manifestación”⁵ es así, que podemos pensar en la temática del proceso de Rotulación-Exclusión, temática central a la hora de pensar en Estrategia terapéutica, en calidad de vida, y en última instancia, en promover la vida.

Proceso de Rotulación/Exclusión

Nos presentamos siendo, trabajadores, pero también somos hijos, padres, madres, abuelas, tíos y participamos de un partido de futbol, hacemos cerámica, caminamos, andamos en bicicleta; todas ellas, actividades dentro de instituciones donde se esgrime el poder y tratamos de reposicionarnos todo el tiempo para intercambiar con el otro. Pero podemos ubicarnos de diferentes maneras dentro de ese interjuego y seremos jugadores de futbol más avezados en algunos lugares de la cancha, podremos hacer piezas de cerámicas más altas o bajas, delicadas o rústicas y nuestro poder de intercambio variará en función de las características deseadas para ese contexto definido.

Y no podremos darle continuidad a una sola faceta de nuestro hacer (ser/estar); ya que podremos ser buenos jugadores de futbol, pero también transitaremos por otros espacios como escuela, iglesia, taller de costura, etc. y en cada una de ellas, trataremos de ganar un lugar de representación con el otro en base al campo específico en el que nos encontremos y aún así, no dejaremos de ser nosotros mismos. Y puedo ser un trabajador de salud, pero a la vez soy hijo, tío y hermano. Comparto un espacio en el taller de cocina, juego al ping pon, voy a clases; y en cada una de esas instituciones voy cursando en el ámbito comunitario por diferentes espacios. Entrando y

⁵Collierie, Marie Françoise. “Promover la vida” segunda Edición. Ed. Mc Graw Hill. 2009.

saliendo de las instituciones sin dejar de tener mis características propias, paso a ser un actor participante en cada una de ellas.

Son las instituciones que van marcando los formatos y el contexto de cada uno de los espacios; pero si comenzara a participar de las mismas y tuviera un formato de representación, entonces comenzaría a estar rotulado. Tendría un rótulo, que va diciendo una característica que hace referencia solo a una parte de mí. Por cada espacio que vaya compartiendo, en cada uno de ellos, solo pudiera tener una sola referencia, una sola representación, una sola forma de decir o hacer las cosas. Entonces, en el taller de cocina hablaría de futbol, pensaría las actividades desde el futbol, y cuando juego al ping pong, ocurriría lo mismo; y cuando entrara en un negocio a comprar pan... ocurriría lo mismo... Dejaría de ser una parte mía, una característica de mi persona, y me convertiría solo en eso, entrando y saliendo de instituciones y espacios con la referencia de solo un campo, el ser “jugador de futbol”... Así podemos pensar en la rotulación, cuando en todo momento la referencia hacia mi persona se hace desde una sola mirada, y desde allí se me pide que cumpla la función que desde ese lugar se me ha asignado. Podemos ir al taller de cocina y ser talleristas, participantes de ese espacio, pero tendremos el rótulo de “loco”... de igual manera, si vamos a comprar el pan, jugar al futbol, seguiremos siendo el rótulo, y se nos pedirá ante el prejuicio, las ideas apriorísticas y todas las representaciones negativas que respondamos a ese rótulo. Es allí donde comienza la exclusión en el campo de la salud mental. Cuando el rótulo es más fuerte, viene previamente la representación de la locura y nos aparta, nos pide que cumplamos la función de “loco”. Podremos estar en la institución educación, por ejemplo, y al estar en una escuela, el rótulo sea más fuerte, entonces comenzará la exclusión, pidiéndonos que nuestra función sea la de paciente de salud mental, como cuando comienza el temor a la locura, como cuando se niega la

palabra o la escucha... “porque es paciente de salud mental...” como cuando se le quita valor o importancia a “decir” o “hacer”... “porque es paciente de salud mental...” y no importa lo que diga o haga, el rótulo de locura seguirá siendo la representación más fuerte que la persona misma.

Porque el rótulo en este específico caso representa a una función, la función de “paciente de salud mental”, dentro de un organigrama institucional, como lo es el hospital. Y puedo cruzarme muchas veces por el taller de costura, pero si el rótulo es más fuerte, no existirá la misma posibilidad de aprender, la escucha no será la misma, la capacidad de participar, no será la misma y durante ese tiempo la institución Educación me referirá a sostener la representación de “enfermo de salud mental”, que proviene de la institución Salud y así anular su voz, su presencia, su persona.

Cuando el rótulo impide a una persona transcurrir por alguna institución se va sesgando el campo comunitario, disminuyendo de esta manera la red de contención que tiene la persona, y a su vez la participación y la contractualidad. Cuando los espacios de intercambio se van reduciendo y el proceso de rotulación-exclusión avanza, el número de espacios que el usuario puede transitar van disminuyendo drásticamente, ya que, al no poder participar del taller de cerámica, al no poder participar de espacios lúdicos, de espacios de deporte; la exclusión alcanza niveles de aislamiento social que agrava y vuelve crónica la situación del usuario.

Comprender el proceso de rotulación-exclusión nos brinda herramientas a la hora de pensar en Estrategias Terapéuticas, que necesitan un trabajo comunitario en campo de manera previa, continua y con proyección para esa estrategia singular y armada para esta situación individual. El trabajo en campo previo, son los contactos con las diferentes instituciones, espacios, profesionales, técnicos, vecinos, conocidos que pueden aportar desde sus diferentes lugares y posibilidades. El sostén cotidiano de la estructura que la

estrategia necesita para poder funcionar como tal, y la proyección a un futuro cercano para posibilitar estrategias alternativas desde el equipo de salud, se sostiene desde la acción-reflexión como principal herramienta.

JUNTOS... SALIR PARA ENCONTRAR-NOS.

Lic. Andrea Mancardo.

Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital zonal, “Francisco López Lima”. General Roca, Río Negro.

Equipo interviniente: Profesionales y Operadores del Servicio.

Experiencia: Salidas al balneario municipal durante el periodo estival.

Participantes: Usuarios del Servicio.

Las salidas recreativas al río son planificadas, organizadas y llevadas a cabo por los operadores en salud mental, profesionales, residentes y usuarios.

Los diferentes actores involucrados en sus diferentes talleres y en su cotidianeidad, despliegan diversas acciones durante la semana para concretar la salida al río: planificación de juegos, búsqueda de recursos materiales como leña, comida y bebidas, gestionar diferentes movilidades, coordinar horarios, etc. Como quien dice, un verdadero trabajo en equipo. Como siempre sucede, están los que se ponen el equipo al hombro; los que planifican; los que planifican y realizan; los que ningunean su aporte, los bufones, etc.

Muchas de las acciones desarrolladas por los profesionales no son las que en el imaginario social se le atribuye a tal o cual profesión; y tienden a ser descalificados en algunos casos por el colectivo profesional y por otras profesiones. No es raro encontrarnos en los pasillos del hospital con frases como “ustedes si que la pasan bien”, o irónicamente un “cómo trabajan, hee”. En estas y otras expresiones, actitudes, miradas despectivas; se palpa una desvalorización a las actividades realizadas por fuera del ámbito hospitalario, y más aun, en la vida cotidiana o comunidad.

Muchas de las críticas, se orientan argumentando la “perdida del sentido específico de la profesión. ¿Y cual es el sentido específico de las profesiones, la tan mentada “incumbencia laboral”, en el ámbito de Salud? Prevenir, Atender y Promocionar la “Salud” dirán todos; en otras palabras, mejorar la calidad de vida. Como es evidente, el lugar no define la incumbencia laboral. La incumbencia la definen los objetivos planteados, que si deben ser coherentes con la profesión y el ámbito laboral.

Citando a Analia Broide, en texto inédito del año 1988, publicado en Revista Brancaleone Nº1 del 2013 *“Nuestra práctica está centrada y dirigida simultáneamente al individuo, a su medio inmediato, la familia y también a la comunidad que lo circunda. Esta es la única manera de desanudar la madeja de la locura; resignificando y otorgando a cada uno lo que tiene de responsabilidad en la crisis. Aislarlo de su medio, es cristalizar en él, la pesada carga que tiene que ver con su entorno y del que él solo actúa como denunciante; siendo el dedo índice, su locura.”*⁶⁷⁸

⁶⁶ Dra. Ana Lía SchatchterBroide. Escrito inédito publicado en Revista de divulgación Científica “Brancaleone” Año 1. Nº1. Mayo 2013.

Se trabaja por un lado, en desmitificar la “locura”, los problemas de salud mental; aboliendo categorías tradicionales que etiqueten a la persona como enfermo irreversible o crónico. Y por otro lado, abordando la situación en el entorno cotidiano, con el entorno.

En el primer párrafo, del Capítulo 1 del primer libro de JoseSchiappaPietra extraigo una definición, de la cual, todo se desencadena y cobra sentido: *“El hombre es un ser social y está siempre en interrelaciones. Es un ser histórico... lo que le afecta, lo que le sucede, solo puede ser entendido por dentro de su transcurrir de acontecimientos. La búsqueda de sentidos o significados a sus conductas o sucesos deberá realizarse entre las interminables conexiones de los hechos por él vividos, y obviamente, por las demás personas y el mundo”*⁹

Bajo la concepción de ser humano como eminentemente social, que es y se hace con los otros; y que los problemas de salud mental son eminentemente de origen social; es allí donde debemos producir el cambio. Cambio en lo social, y cambio en el individuo situado.

Como dice SchiappaPietra *“...aquellas maneras de estar, que las personas llaman “vida cotidiana”, son las mejores para desarrollar nuestro tratamiento. Donde nos permitimos actuar en tratos de persona a persona y donde mejor se alcanzan los fines de inclusión social. Cuando hablamos de vida cotidiana, no hablamos de un lugar, sino una manera de estar”*¹⁰

Llegado el día, por diversos medios nos vamos arrimando al balneario municipal “Apycar”. Algunos llegamos en autos particulares, otros en movilidad gratuita, en La Balsa, en

⁹ José SchiappaPietra. “Trabajos en Salud Mental. Modalidad Rionegrina” Fondo Editorial “Fundación Valle Nuevo” El Bolson. 1992. Pag.9

¹⁰ JoseSchiappaPietra. “Teoría Comunitaria y dispositivos de Inclusión Social”. PubliFadecs. Año 2012. Pág. 39-40.

bicicleta, en motoneta.... De a uno, de a dos, de a tres, en malón... y así vamos llegando al río.

Para quien no conoce el lugar, es un camping con un enorme piletón de 250 mts de longitud de hormigón, con frondosa arboleda y parrilleros. El populoso balneario es muy concurrido por los pobladores de la ciudad de General Roca y alrededores.

Los usuarios del servicio, como así también el resto del equipo se acomodan en cualquier sector destinado al público en general.

El calor sofoca. Están quienes se bañan y jueguean en el agua. Esta quien duerme una siesta a la sombra de un árbol. No pueden faltar acaloradísimas y otras veces risueñas partidas de truco. El grupo de jóvenes organizan juegos para todos, como carrera de embolsado, búsqueda del tesoro, policía y ladrón, Puedo, dívalo con mímica, etc. No puede faltar alguno que deambula en busca de una pitada.

Las tortas fritas y empanadas comienzan a aromatizar y darle gusto a la tarde.

En forma respetuosa, todos comenzamos a acercarnos al fogón, formando una ronda, y acomodándonos para deleitar las exquisiteces que en un lugar así saben de otra manera.

Con el corazón contento, y luego de entablar largas charlas sin rótulos ni diplomas; sin muros ni lazos; pero creando nuevos lazos, los vínculos se siguen estrechando.

Mates y discusiones se eternizan y se comienzan a dar distintos intercambios e interacciones sociales.

El marco es ideal para pasar momentos de encuentro. De crear y recrear nuevos imaginarios sociales.

Guitarreadas y canticos, mediados por mates y tereres, alegran y matizan la tarde.

“Y dale alegría, alegría a mi corazón;... es lo único que te pido al menos hoy”. El coro suena cada vez más fuerte; y en poco tiempo, casi una multitud se suma a las baladas y canciones populares.

Los juegos reanudan, y con la confianza ganada, comienzan a ser masivos. Los vecinos, compañeros de aquella tarde, se vuelven pares.

La tarde cae. El calor ya no es abrazador, pero la piel y el corazón están más calientes que antes. Quedan recuerdos, conocidos y conocimientos.

Con el tiempo, nos fuimos apropiando de un espacio y lugar.

Las jornadas terminan, y una nueva semana comienza con el anhelo renovado de esperar la próxima salida al río.

Pasar un día en el río, como casi cualquier experiencia en la cual nos rodeemos de pares, tiene un valor terapéutico y curativo para quienes trabajamos en salud mental.

Al trabajar en la vida cotidiana, el trato de persona a persona favorece para que los usuarios se conecten con el entorno, haya autorrealización y se generen nuevos lazos de intercambio, compañerismo, solidaridad y colaboración.

Si tenemos como horizonte lograr la inclusión social de las personas, para lograr tal fin seguramente despleguemos acciones que no hemos aprendido en la academia; sino precisamente en el ámbito social.

Entonces el trabajar en Salud Mental pasa por ser y estar en la comunidad. No lo realizamos por mero voluntarismo o actitud caritativa. Ni tampoco es algo que no tenga nada que ver con la profesión. Los actos están dirigidos hacia un fin específico propio de la profesión y del ámbito laboral.

La metodología de trabajo se desarrolla bajo premisas teóricas-metodológicas basadas en la reinserción social de las personas con algún padecimiento mental, Teoría Comunitaria que garantiza los derechos de las personas.

En este sentido, la nueva Ley Nacional de Salud Mental, promulgada en el año 2010 “Ley Nacional de Salud Mental N° 26657”, como herramienta normativa viene a reafirmar el trabajo que desde hace más de 25 años se viene desarrollando en la Provincia de Río Negro a través de la “Ley N° 2440 de Promoción Social y Sanitaria de las personas que padecen sufrimiento mental”.

La nueva ley nacional basada en los nuevos estándares de Derechos Humanos vigentes en la materia; contribuye a la constitución de una agenda específica en Salud Mental como afirma Martin de Lellis¹¹². Fortalece el rol del Estado Nacional y se inscribe como una herramienta poderosa para emprender las reformas que son absolutamente prioritarias, y que sintéticamente se condensan en: A- Integración de las políticas de adicciones en el marco de las políticas de Salud Mental. B- Vigencia de Derechos en las personas con trastornos mentales. C- Transformación del modelo de atención que incluye el cierre progresivo de manicomios y la habilitación de dispositivos asistenciales de base comunitaria sustitutivos del régimen asilar. D- Aplicación del enfoque epidemiológico como un insumo crítico para la toma de decisiones. E- Capacitación de los recursos humanos en el campo de la Salud Mental desplazando el eje profesional desde el modelo restrictivo al modelo social expansivo.

A modo de cierre, quiero agradecer al grupo ACER VIDA del cual formo parte, por darme esta oportunidad de compartir una de las tantas experiencias de trabajo que se llevan a cabo desde el Servicio de Salud Mental de General Roca.

El presente escrito fue posible desde mi rol como Lic. en Trabajo Social. Sin dudas, una amplia posibilidad de análisis teóricos se pueden extraer desde cada una de las experiencias que se desarrollan en la comunidad. Sin embargo, no era el fin del presente pequeño aporte. La idea era que la teoría no tape la práctica en la vida cotidiana. Es desde estas experiencias prácticas donde se aprende y

¹² Martin de Lellis. "A propósito de la nueva Ley Nacional de Salud Mental" Revista diálogos Vol2-Nro2- Junio 2011.

aprehenden nuevas formas de asumir nuestro rol como agentes de cambio en el campo de la salud mental.

IR AL ENCUENTRO¹³
REFLEXIONES ACERCA DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL
COMUNITARIA EN SIERRA COLORADA

Dionisia Lausada, Claudia Baffo

Antes de empezar la difícil tarea que nos convoca, a saber: reflexionar teóricamente sobre una experiencia concreta de trabajo, es necesario situarnos en la localidad de Sierra Colorada y en el marco de reforma provincial que llamamos desmanicomialización. Situarnos, ponernos en situación, tanto geográfica como políticamente; disponernos a pensar y a sentir desde una determinada posición, que nunca es neutra ni objetiva.

¹³El presente capítulo es una versión revisada y ampliada, de una de las clases del Seminario Electivo Obligatorio en la Orientación Clínica, de la carrera de Psicología – Facultad de Ciencias de la Educación, de la Universidad Nacional del Comahue. El Seminario estuvo a cargo de la profesora Baffo Claudia en 2013 y 2014, y contó con la participación de la Lic. Dionisia Lausada como docente invitada.

La localidad de Sierra Colorada, escenario en el cual nos ubicamos, es una ciudad poco conocida aún dentro de la provincia. Vecinos cipoleños o roquenses con frecuencia la confunden con otras ciudades de nombres similares pero ubicadas en zonas bien diferentes de esta. Por eso empezamos diciendo que Sierra Colorada *no es* “Río Colorado” (zona del Valle Medio) ni es “Sierra Grande” (zona Este o Atlántica). Por el contrario, es parte del amplio, desértico y extraordinario territorio de la Línea Sur rionegrina.

Si referenciamos, muy básicamente, las localidades extremas de Río Negro encontramos: Catriel al norte; Viedma al este, Cipolletti al oeste lindando con Neuquén, y Bariloche al sur. Entre las cuatro ciudades podemos trazar líneas de unión imaginarias que nos darían, aproximadamente, la forma de una cruz. En el centro de ese entrecruzamiento, está la localidad de Sierra Colorada. Por eso se dice que “es el centro geográfico de la provincia de Río Negro”. Supuestamente... al menos hay una piedra que lo informa así que vamos a confiar en ella.

El tren que hace Viedma-Bariloche pasa por Sierra Colorada a la madrugada, si alguien hizo ese trayecto, seguramente recordará que a eso de las 2 o 3 de la mañana, pasó por Sierra. Es un lugar con unas características climáticas bien particulares, dado que como decíamos, forma parte de la línea sur o región sur provincial. Tiene un clima árido patagónico, con temperaturas extremas que van de los 15 grados bajo cero que podemos tener en invierno, hasta 40 o más grados en verano. No llueve casi nunca, exceptuando ahora que se inundó, lo que constituye un evento inesperado y muy extraño. Las particularidades de ese clima se vinculan a la meseta de Somuncurá- que comparten Chubut y Río Negro-. Por otro lado hay que destacar -dato no menor- que tiene 1.800 habitantes, incluyendo la zona rural, donde encontramos mayor cantidad de hombres que de mujeres.

Empezar este capítulo con una descripción geográfica y ubicación de la localidad no es un mero tecnicismo. Por el contrario, es central que nuestra manera de trabajar no se piense descontextualizadamente. Hace diez años, no había Servicio de Salud Mental (SSM) en Sierra Colorada. Al llegar una de las autoras – Dionisia - fue única efectora durante los primeros seis años y hace cuatro se abrió la Residencia en Salud Mental Comunitaria. Muchos podrán preguntarse “¿para qué un servicio de salud mental en una localidad tan chica?” Y se podrían dar muchas respuestas, aquí elegimos la que va por el carril de los derechos, la accesibilidad, la descentralización del recurso humano que hace que cada habitante pueda ser atendido en su lugar de origen, evitando así el desarraigo que implica el traslado a las grandes urbes en donde los códigos son otros y los tiempos también .

Ser única efectora tiene sus particularidades, dado que implica realizar toda la gama de actividades previstas para un servicio, pero hacerlas de manera personal. Por ejemplo: guardias, visitas domiciliarias, atención en consultorio, intervención en crisis... todo lo que imaginen debe hacerse en el modelo comunitario, lo hace ese único efector de salud mental. Claro que no hace en soledad, sino en compañía de otros efectores de salud, como los médicos (que en nuestro caso son dos), los enfermeros, la trabajadora social o agentes sanitarios.

El agente sanitario es un trabajador de la salud, con conocimiento del terreno, que tiene a cargo un área determinada (puede ser un conjunto de barrios o sector), y concurre a los domicilios de las personas y familias que lo habitan. Su tarea es hacer prevención, promoción y asistencia de la salud, es decir, que tiene funciones bien diversas: entregar la pastilla para el perro (que es para evitar la

hidatidosis), detectar mujeres embarazadas, hablar sobre prevención de caries, tomar la presión arterial, se encarga de las campañas de vacunación. etc. O sea, es bastante amplio lo que hace.

Esto es posible gracias a que cada hospital de la provincia, es un hospital "Área Programa" lo que implica organizarse con un criterio de territorialidad. Cada hospital cubre una extensión determinada en kilómetros y una cantidad de población en ese territorio.

El Área Programa del hospital de Sierra Colorada llega hasta el límite con Villa Regina, o sea, que es muy extenso. Además tiene caminos en malas condiciones, caminos vecinales en los cuales no pasa una máquina. Y tiene una población bastante dispersa y aislada. Conociendo esta realidad local, desde el hospital se realizan semanalmente Salidas Rurales (visitas a la zona rural). En esa salida participa el chofer, un agente sanitario, un médico, y un efector de Salud Mental o de Servicio Social.

Aquí vale la pena detenernos, porque es probable que el lector se pregunte -como suelen preguntar siempre los nuevos residentes- "¿para qué se va al campo?". Esa pregunta sólo puede ser respondida con una invitación a la acción. Como hace Dionisia que simplemente les dice: "vayan al campo y cuando vayan se van a dar cuenta para qué se va al campo". Porque sólo yendo al campo se entiende a qué va el psicólogo o personal de SM al campo. Intentaremos, sin embargo, transmitir un poquito de esas razones para continuar con el relato.

Sabemos que para que haya Salud Mental tiene que haber encuentro con otros, el encuentro produce salud. Y también sabemos que hay personas que viven a 300 km de la ciudad, en el medio de la meseta, que su contacto cotidiano es con

animales porque no hay otras personas con las cuales contactarse. Entonces, afirmamos, ir al encuentro con ese otro, es una manera de hacer - de construir, de promover - la Salud Mental.

Acerca de qué y cómo

A la persona que vive en el campo, vamos a preguntarle cómo esta, cómo anda, qué cocinó hoy. Pero ese diálogo referido básicamente en los aspectos cotidianos de su vida, se logra únicamente a condición de respetar la realidad del otro. Por ejemplo: aceptando los tiempos de conversación del otro. Porque en el campo, esos tiempos no son como en las ciudades, donde encontramos personas hablando a toda velocidad. ¿Saben a lo que nos referimos? Uno va al campo y luego del "Buen día" hay que esperar varios segundos para tener el "buen día" de respuesta. Ello no puede describirse diciendo que "tienen un tiempo de respuesta retardado". No, porque ese es *su* tiempo de respuesta ¿por qué debería responder a *mi* tiempo de respuesta?

Otro aspecto del respeto al otro como condición de una conversación verdadera, es utilizar el lenguaje adecuado. También puede parecer una cosa obvia, pero si lo olvidamos, no hay encuentro posible. Recordamos una situación, durante una visita a un señor que vivía solo y que era además analfabeto, en la cual al momento de despedirse Dionisia, la residente que la acompañaba dijo amablemente "Ante cualquier inconveniente por favor acérquese al Servicio de Salud Mental". Frente a la evidente perplejidad del señor, Dionisia realizó rápidamente la traducción correspondiente: "Si tiene algún problema vaya al hospital".

Y por supuesto, la previa

Y parte del encuentro son los preparativos: la persona ya sabe que el equipo de salud va a ir a su casa, y está *esperando* esa visita. Puede ser que lo sepan porque se enteran escuchando la radio. La radio es un medio de comunicación excepcionalmente valioso en nuestro territorio: pasan los

avisos al poblador rural y dicen por ejemplo: "*Se visitará el campo de Juancito Pérez, por favor dejar la tranquera abierta*". Eso puede parecer hasta cómico, pero tiene un profundo sentido: primero práctico, porque si no saben que serán visitados, la gente cierra la tranquera y le pone candado. Pero además tiene el sentido de anticipar la visita, y generar ese tiempo de preparativos. Entonces, la gente está esperando y recibe al personal de salud con la mejor silla, con la mejor ropa... porque es como una gran visita.

Decíamos recién que la radio tiene un valor excepcional, teniendo en cuenta que es el único medio de comunicación en ese territorio. Porque en el campo no hay señal de celular, obviamente no hay internet, y no hay teléfono fijo. En la radio pasan avisos muy variados como por ejemplo "Juan Pérez fue al médico. Salió todo bien" o "Avisa Juan Pérez a Martita que mande lo convenido".

Mientras sostenemos esa charla sobre aspectos cotidianos, el agente sanitario puede tomar la presión, si por ejemplo es una persona que tiene hipertensión, como podría pasar con Ernesto. Esa tarea tiene su relevancia dentro de un planteo de salud integral de la persona, e incluye que el agente sanitario haga alguna recomendación al respecto. Pero en cuanto a Salud Mental, el contenido de la charla no se centra necesariamente en esa enfermedad. Sería un error pensar que con Ernesto debemos charlar principalmente sobre los riesgos de comer con sal o de no cuidarse lo suficiente. Eso puede hacerlo el agente sanitario, si lo considera pertinente. Pero sería un error centrar en eso nuestra charla, si ese día Ernesto está preocupado por otra cosa, por ejemplo por el clima.

Ningún tema o contenido de la charla tiene importancia en sí mismo: sólo podemos tener en cuenta que debe ser respetuoso de la realidad cotidiana significativa para la persona que estamos visitando, según sus preferencias. Por

eso se trata, como siempre, más de saber escuchar que de saber qué decir.

Las Salidas Rurales, así como las visitas domiciliarias, no son una panacea o una técnica infalible para construir salud mental. Mejor las pensamos como un modo de intervención posible y valioso en determinado contexto. Frente a otras necesidades o demandas, la intervención será otra. Consideramos que esa flexibilidad, o singularidad en el modo de actuar, es una característica destacable del proceso de desmanicomialización. Cuando lo olvidamos, y pretendemos aplicar técnicas o protocolos estereotipados, estamos olvidando algo de eso esencial que significa sacarnos el manicomio de la cabeza.

Vamos entonces a desarrollar otro modo de intervención que fue posible en Sierra Colorada. En la experiencia que vamos a desarrollar, lo que nos convocó a actuar fue la situación problema de *una* persona, y por lo tanto podemos decir que el nivel de abordaje, en principio, sería individual. Sin embargo, vamos a desarrollar cómo ese abordaje aunque sea clínico, siempre excede a la persona, cuando se piensa y se actúa desde un modelo de salud mental comunitaria.

Paremos la pelota...

En enero del 2014, llegó al hospital un joven, vamos a llamarlo Juan, de 16 años, tras haberse realizado cortes superficiales en ambos brazos. Luego de curar las heridas, el médico generalista solicitó una interconsulta a Salud Mental, manifestando que el chico estaba angustiado pero que no quería hablar. Entonces lo que hacemos es tomar contacto con el chico. Ir al encuentro, nuevamente.

En este caso, ya conocíamos a Juan, porque en los pueblos pequeños es frecuente conocernos. Pero cuando nos

acercamos lo primero que nos dice es que lo dejemos, que no quería hablar con nosotros, que no lo podíamos ayudar en nada, que no servíamos para nada, etc. Que suceda esto es algo esperable: no sólo no hay “demanda” de ayuda, sino que nos encontramos con un franco rechazo. Sin embargo, nos quedamos. Esperamos, y empezamos a hablar con él de otras cosas (en este caso de una pulsera que tenía puesta) precisamente porque Juanno quería hablar de lo que le pasaba, de lo que le generaba dolor o sufrimiento.

Juan era un chico muy despierto, con variado contacto con otra gente, con una vida familiar bastante complicada. Luego supimos que lo que ese día le había pasado era que se había peleado con la novia. Y aunque puede parecer una banalidad, a los 16 años pelearse con la novia, novio o amante, es un evento terrible (a otras edades también, claro!). Entonces se había cortado los brazos. Además, una semana atrás él había cometido un intento de robo, y por ello el servicio de SM tenía un Oficio donde un Juzgado nos indicaba iniciar un tratamiento con el joven. No vamos a detenernos en este aspecto de la relación entre Salud Mental y Justicia, dado que por su complejidad implicaría un desarrollo que no podemos abordar en este capítulo. Señalamos, sin embargo, la importancia y dificultad de la temática.

Nos dimos cuenta rápidamente de que en consultorio, el uno a uno no le iba a servir, básicamente porque Juan se resistía a ser considerado paciente y a iniciar tratamiento psicológico, por más que la justicia se lo ordenara. Y en el caso de Juan, igual que cuando hablamos de Ernesto, se trata básicamente de respetar al otro con el que queremos encontrarnos: respetar sus tiempos, su lenguaje, y también respetar los temas que le interesan más allá de la obligatoriedad - ¿indicada por qué saber profesional?- de hablar sobre esto o aquello (sea hipertensión, sea sus cortes, sea su conducta delictiva).

Eso nos señaló un camino posible. ¿Qué hacemos juntos? Juan observó que en la localidad faltaban actividades para chicos como él, es decir: que no entran en un equipo de fútbol porque no van a entrenar todos los días, que no entran en un equipo de handball, y que no quieren ir a la escuela. En Sierra Colorada se hace mucho deporte, pero todo es competitivo -para ir a las ligas – y por eso tienen niveles de exigencia importantes. Entonces él, en conjunto con Salud Mental, convocó a sus amigos para hacer algo deportivo. Todos los amigos de Juan tenían alguna de las problemáticas típicas de la adolescencia (se cortaban, consumían sustancias legales o ilegales). Algunos también habían realizado algún intento de robo.

Juan convocó a otros chicos, y se propusieron armar junto a Salud Mental, un Campeonato de Fútbol. Como pudieron darse cuenta de que para hacerlo nos faltaba cierto conocimiento específico, técnico, también convocaron a profesores de Educación Física. Eso fue muy importante, porque si bien ellos sabían jugar a la pelota, desconocían el reglamento. Entonces se reunían con los profesores, y tuvieron que aprender varias cosas y tomar muchas decisiones en conjunto. Armaron un gran equipo de trabajo, hicieron cartelitos de “Comisión Organizadora” y se pusieron de nombre Guelenech (usando las iniciales de varios de los organizadores).

Entonces tuvieron que decidir, entre todas varias cosas. Por ejemplo los requisitos: ¿quién se puede inscribir? Definieron chicos de 14 a 19 años. Pero tienen que tener un veterano! ¿veterano de cuánto?. Y así. Juntos, armaron todo el reglamento, detallando el funcionamiento de los equipos (aunque después sobre la marcha decidieron hacer algunos cambios).

Pusieron fecha de inscripción. Y ese día, estos chicos que son mal vistos por todos porque "son unos vagos, unos

drogadictos"... estos chicos que según la opinión pública nunca no se levantan antes del mediodía, "los que nunca hacen nada"... se levantaron a las 9 de la mañana a poner una mesita para inscribir a la gente para el partido, acompañados por un residente de salud mental. Se cobraba una inscripción -para que haya un premio-. Y se anotaron 10 equipos.

Fue muy loco porque uno de los equipos era de la Policía, y los organizadores tuvieron que hacer una excepción porque eran todos veteranos. El Campeonato era de Fútbol 6, y para inscribirse cada equipo debía ponerse un nombre. El de la policía era paradójicamente "Los Juniors". Los organizadores se nombraron como "Los Malafama". Como no podía ser de otra manera, se jugó un clásico entre los Juniors y los Malafama. Y fue emocionante, porque el fútbol permitió que esas personas tan lejanas entre sí, se encontraran en la cancha... Algunos incluso habían arrestado a otros, y sin embargo en la cancha pudieron jugar y encontrarse desde otro lugar. De vuelta el encuentro ¿no? Y allí se produce salud mental, y no sólo para Juan.

Volviendo a Juan, pasó de ser "el que andaba robando" a ser "Comisión organizadora" del encuentro de fútbol. Hoy sigue vinculado al servicio de SM, viene regularmente pero no para hacer psicoterapia. Viene y nos dice "Che, ¿cuándo nos vamos a juntar para armar otro equipo de fútbol?" o "¿Cuándo vamos a hacer taller de artesanías?" "¿Cuándo nos vamos a encontrar de vuelta, porque yo ya les dije a mis amigos?". Y eso es fantástico. Se refleja por ejemplo en la postura corporal, desde que organizó los partidos está más erguido, más seguro, tal vez porque logró pararse desde otro lugar.

Pensamos a Juan y a todas las personas como seres en relación. Por eso los vínculos no son algo secundario. No podemos decir "primero hay que estar bien con uno mismo y así estaremos bien con los demás" como puede afirmar el sentido común. Por el contrario, pensamos que las personas nos enfermamos-y curamos!- en ese entramado de relaciones

inevitables, que nos hace humanos, nos hace ciudadanos de un país, miembros de una comunidad, actores sociales en algunos escenarios. Consideramos también que en ese entramado de relaciones se apoya en intercambios: básicamente de palabra, pero también de mutuas influencias (ejercicio de nuestro “poder”). Y así, toma relevancia el hecho de que Juan pueda participar de la toma de decisiones: implica no sólo reconocer y respetar reglas; sino construir con otros un reglamento particular, decidir las regularidades e incluso determinar excepciones.

Por otro lado, observamos uno de los componentes centrales del modelo comunitario: la necesidad de que el profesional *se corra* del lugar de saber-poder absoluto, para dar lugar al saber de la persona con sufrimiento mental. Ello no debe confundirse con “preguntarle al paciente su opinión”. No es meramente tener en cuenta lo que el paciente aprecia de lo que yo le prepongo; sino reconocer su Saber –darle el lugar que es suyo - y ello implica también reconocerle un *poder* en el propio armado de la estrategia terapéutica. Dejar que tenga *influencia* en el camino a seguir. Nótese que “correrse” del lugar de saber-poder, no implica en lo más mínimo sacar el cuerpo: todo lo contrario. La propuesta requiere de nuestra presencia, para acompañar al paciente en los diversos espacios. Y eso también tiene efectos: para el propio Juan, y para el modo en que otros actores sociales perciben la situación. Esto nos remite, claramente, a un posicionamiento ético-político.

Esta experiencia también nos permite cuestionar la falsa dicotomía entre un abordaje clínico-individual, y un abordaje comunitario. Observamos cómo partimos de algo singular: un problema detentado por un individuo, que requiere atención de salud mental; y llegamos a una estrategia que trabaja en simultáneo la cuestión comunitaria y la cuestión singular. Es útil preguntarnos, si la misma consulta se hubiera abordado desde otro paradigma ¿Qué hubiera pasado? ¿Qué hubiera

sido *lo posible*? Sin duda el abanico de posibilidades hubiera sido otro (contención física o farmacológica, reclusión, psicoterapia... son algunas de las opciones usadas en el campo). Pero al abordar el problema singular desde el modelo de salud mental comunitaria, se pudo ir un poco más allá de esas actividades tradicionales. Esto nos remite a que el proceso de desmanicomialización, ha posibilitado implementar nuevas acciones, en consonancia con el concepto de ampliación del tratamiento o tratamiento en la vida cotidiana. Para que ese proceso sea genuino y no un mero “como si” se torna necesario desmanicomializar nuestras cabezas, nuestras practicas cotidianas.

Pero existe otra falsa dicotomía que también queremos mencionar: la que cree que el trabajo comunitario es alternativo al trabajo hospitalario o sanitario. Desde esta creencia, algunas personas que pretenden defender “lo comunitario”, desvalorizan todo lo que surge del hospital porque para ellos lo único verdaderamente comunitario es lo que se genera en los barrios, plazas, clubes... Por eso nos parece importante señalar que el hospital general (a diferencia del manicomio) es también una institución comunitaria. De hecho es la institución comunitaria desde la cual hacemos centro, para organizarnos y trabajar en red. Allí notamos la diferencia, entre hospitales que se cierran en su propia lógica y se aíslan de alguna manera de su entorno, y otros hospitales que se organizan sin olvidar que la salud la construimos entre todos. Valoramos el trabajo en red y el trabajo comunitario, del cual a veces el sector salud debe ser el promotor.

HUELLAS DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN

ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO DE LAS PRESTACIONES DEL
PROGRAMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA RIONEGRINO,
REALIZADAS EN EL PERÍODO 2005- 2010.
Mariana Paulín Devallis, Claudia G Baffo.

1. INTRODUCCIÓN

En este artículo presentamos los resultados de una investigación realizada en el Programa de Salud Mental Comunitaria (PSMC) de la provincia de Rio Negro, Argentina. El lector notará la diferencia con los otros artículos de este mismo libro en que se trata de una articulación entre la práctica desmanicomializadora y la actividad de producción científica.

Las autoras nos planteamos la necesidad de legitimar para el campo científico las practicas cotidianas que implica el proceso de reforma de SM de Rio Negro, Por otro lado consideramos que este puede ser un aporte a un debate sobre la Desmanicomializacion basado en hechos y con argumentos sólidos que puedan superar las meras opiniones de defensores y detractores de los procesos de reforma de Rio Negro y de cualquier otro lugar del mundo.

Esta investigación muestra lo que se practica día a día en los 32 servicios de SM de Río Negro y lo que piensan quienes están implicados en la atención.

Por ello hemos querido divulgarlo para que cada lector con los resultados cuantitativos y cualitativos que aquí presentamos pueda formarse una idea propia.

En esta investigación que exponemos se caracterizaron cuantitativa y cualitativamente las prestaciones realizadas en el periodo 2005-2010 por los servicios de Salud Mental (SM) de toda la provincia, y se identificaron los factores asociados al perfil de prestaciones desde la perspectiva de los trabajadores del programa.

Dicha investigación contó con el aporte financiero de una beca Carillo – Oñativia de la Comisión Nacional Salud Investiga convocatoria 2012.

El proyecto se fundamentó en la necesidad de estudiar sistemática y técnicamente, el proceso de reforma conocido como *desmanicomialización*¹⁴. Se consideró que el mismo no ha sido suficientemente evaluado, debido -entre otros factores- al desafío teórico y metodológico que implica dicha tarea. La evaluación de servicios y programas organizados en un modelo de atención comunitaria no puede realizarse con las herramientas tradicionales, dado que las prácticas difieren de las consideradas clásicamente asistenciales.

Con el fin de posibilitar el monitoreo y evaluación del PSMC, en el año 1993 se implementaron los instrumentos “Informe

¹⁴ En la provincia de Río Negro la atención de SM se realiza en Hospitales Generales desde mediados de los años 80, momento en que se inicia dicho proceso de reforma

Diario de Actividades y Consultas de Salud Mental” y “Resumen Diario Mensual de Actividades y Consultas de Salud Mental”. Si bien la finalidad de estos registros es la de “contar con datos estadísticos para la descripción, evaluación y programación del trabajo en salud mental” (1) los datos producidos no se utilizaron suficientemente para estudiar la evolución de su implementación, ni su impacto a nivel provincial. Tampoco suelen analizarse a nivel local, es decir, que los equipos generan datos que no recuperan como insumo para reflexionar sobre su tarea. En esta dirección se orientaron los propósitos y objetivos de la investigación realizada.

El objetivo general fue caracterizar las prestaciones de los servicios de SM de Río Negro en el periodo estudiado. Como objetivos específicos se buscó: describir las prestaciones; caracterizarlas en relación al modelo de atención propuesto por el programa de SM rionegrino; e identificar a que factores asociaban los trabajadores los tipos de prestaciones predominantes.

Nuestro marco teórico se constituyó con cinco tipos de antecedentes: 1) aportes de diversas corrientes teórico-prácticas de reforma psiquiátrica en el mundo, y de documentos internacionales sobre la reestructuración de la atención a la salud mental; 2) aportes relacionados a la evaluación de programas de SM Comunitaria particularmente en el marco de reformas; 3) el marco conceptual del Programa de SMC rionegrino 4) antecedentes de investigaciones sobre el programa rionegrino; 5) Legislación Nacional y Provincial en SM.

Nuestro punto de partida fueron los movimientos de reforma psiquiátrica, al reconocerlos como antecedentes internacionales en la lucha por superar la realidad manicomial. Mencionamos la Psiquiatría Democrática

Italiana, la Psiquiatría del Sector francesa y la Comunidad Terapéutica de Inglaterra, entre otros.

En segundo lugar, en cuanto a la evaluación de programas de SMC en el marco de reformas, Ardila et al (2) nos aportaron su visión respecto a que, contrariamente a las evaluaciones con características tecnocráticas, evaluaciones externas o impulsadas desde niveles centrales, la evaluación en servicios de tipo comunitario es posible sólo cuando los implicados en su implementación y desarrollo la consideran necesaria. También se plantea para la evaluación de servicios de SM en dichos contextos la necesidad de una triangulación metodológica

Respecto del marco conceptual del Programa provincial de Salud Mental de Río Negro, destacamos que el mismo tiene como propósito sustituir un modelo institucional por un modelo de SM comunitaria. Seleccionamos cuatro ejes fundamentales: la descentralización, el trabajo comunitario e interdisciplinario, el mantenimiento de los vínculos del sufriente mental con su medio, y la reinserción social del sufriente mental (3).

Definimos la descentralización como una cualidad opuesta a la centralización de recursos, espacios, saberes, etc. que provocan los hospitales psiquiátricos. El modelo comunitario permite la articulación de múltiples espacios y actores en la promoción de la salud mental (4). Propone la redistribución del saber y la utilización del potencial curativo presente en todo ser humano, estableciendo como ámbito de actuación a la cotidianeidad. Algunas características del modelo rionegrino son las siguientes:

a) Internación como último recurso terapéutico: a utilizarse cuando los demás recursos no resultaron eficaces. La misma debe ser lo más breve posible para evitar efectos

perjudiciales para el usuario y debe tener como objetivo la recuperación y resocialización de la persona (5).

b) Reinserción social como objetivo de toda práctica: dándole prioridad a la reconexión con la vida en todas sus dimensiones, particularmente la libertad de circular. Se propone crear formas de recuperación y bienestar acordes con las características de la persona y sus potencialidades. La reinserción social se define como el logro de niveles de autonomía crecientes (6).

c) Trabajo Intersectorial: el ámbito comunitario se define como espacio interinstitucional. Se busca activar recursos que la comunidad tiene para dar respuesta a las problemáticas y no etiquetar a las personas con rótulos estigmatizantes (6). Favorece la inserción social y disminuye la marginación y exclusión (7).

d) Método reflexión –acción: Para el modelo comunitario el actor que interviene es el equipo y no el profesional individual o la suma de profesionales aislados, para ello se vale del método de reflexión- acción que se centra en la tarea y permite que se rectifiquen o ratifiquen las estrategias terapéuticas en función de los resultados en la vida del usuario, tantas veces como fuera necesario. (6)

Breve descripción Programa Provincial de Salud Mental Comunitaria

lo pondría aquí . Consecutivo con descripción del Marco teorico asi el lector se hace una idea minima de concpetos y organización (no todo el que lea el libro sabra como se organiza)

El subsector público de salud de Rio Negro está integrado por 6 zonas sanitarias con 35 Hospitales Área Programa y 161 CAPS. La organización por “áreas programáticas” implica una responsabilidad territorial de cada institución sanitaria

pública sobre su población a cargo, que se delimita geográficamente.

La red de servicios territoriales mediante la cual se lleva adelante el Programa de SMC incluye equipos interdisciplinarios de SM en cada hospital área programa, que son los responsables de brindar todos los tipos de prestaciones en su área programática. También forman parte de la estructura del programa 12 Centros Comunitarios, 2 Casas Alojamiento, 2 Casas para el trabajo de atención y resocialización con personas bajo jurisdicción judicial (Casa Art. 12 Ley 2440) y 10 Empresas Sociales. Estos dispositivos pertenecen a los Servicios de Salud Mental de los respectivos Hospitales (9).

2. METODOLOGÍA

En este apartado presentaremos brevemente el camino o decisiones metodológicas, que dan cuenta de cómo llegamos a los resultados de la investigación. Nos propusimos realizar un estudio sistemático, para ellos hicimos un diseño descriptivo retrospectivo (período 2005-2010). Se adoptó una estrategia de triangulación de métodos cualitativo-cuantitativo dada la necesidad de caracterizar las prestaciones tanto a nivel estadístico como a nivel de las interpretaciones de los propios trabajadores sobre dichos datos (7).

Para la dimensión cuantitativa se trabajó con fuentes secundarias disponibles: los registros estadísticos mensuales de los Servicios locales del PSMC. Estos registros son realizados por efectores de SM diariamente y condensados en un registro mensual; luego son elevados a nivel central-provincial por los Servicios de Estadísticas de cada Hospital Área Programa. El criterio de inclusión de las prestaciones de SM fue que estuvieran informatizadas a través del sistema

estandarizado para el Programa de SMC y correspondieran al período estudiado.

La dimensión cualitativa se trabajó a partir de fuentes primarias mediante entrevistas semiestructuradas a informantes claves. Se aplicó la entrevista a una muestra intencional de trabajadores de SM seleccionada en base al criterio de diversidad de actores e información (8). En un primer momento se presentaron los resultados del análisis cuantitativo de las prestaciones, y luego se pidió que comenten esos resultados en relación al Modelo Rionegrino de Salud Mental, siguiendo los tópicos guía seleccionados¹⁵. El criterio de inclusión fue que el trabajador hubiera prestado servicio dentro del programa de SM rionegrino en el período de estudio y que aceptara participar en la investigación. Quedaron excluidos los trabajadores que participaron de la prueba piloto; y aquellos que formaban parte del equipo de investigación.

Población accesible y muestra

En cuanto a los datos estadísticos, se relevó y analizó el universo completo de los resúmenes mensuales de prestaciones de salud mental del período 2005-2010 disponibles a nivel central.

En relación a la información cualitativa, la muestra quedó conformada por un total de 8 (ocho) entrevistados. La antigüedad de los mismos varió entre 23 a 7 años. Se contó con referentes de cuatro de las seis zonas sanitarias de la provincia. La cantidad de miembros del equipo al que pertenecían los entrevistados estuvo entre 22 a 3 miembros, es decir que también cumplió con el criterio de

¹⁵ Los cinco tópicos utilizados se presentan en la sección de Resultados.

heterogeneidad. Finalmente, 3 de los entrevistadores eran profesionales egresados de la RiSaMC, 4 eran trabajadores no egresados de la RiSaMC y 1 entrevistada estaba en su último mes de residencia.

¿Qué quisimos conocer? La Variable estudiada fue “Prestaciones de salud mental”.

Se la definió como las diferentes actividades que los equipos de salud mental realizan para llevar adelante la estrategia terapéutica de un usuario o de un grupo de usuarios. Las actividades están definidas y estandarizadas para el PSMC de la provincia de Río Negro. Las categorías estandarizadas se agrupan en cinco tipos: A. Actividad Asistencial Individual; B. Actividad Grupal; C. Actividad Institucional; D. Actividad Comunitaria; y E.- Actividad En la Internación (1). Cada una de las categorías de esta variable esta desagregada en sub categorías estandarizadas para todos los equipos del programa.

¿Cuál fue el Plan de Análisis?

En un primer momento, se hizo un análisis cuantitativo de tipo descriptivo, a través de medidas de tendencia central. En un segundo momento del análisis se aplicó el “Análisis Temático de Datos Cualitativos” a las entrevistas semiestructuradas, sobre ejes seleccionados (ver resultados) (10). Durante una tercera etapa se trianguló la información cuantitativa y cualitativa para dar respuesta al objetivo general de la investigación.

3. RESULTADOS

Descripción de las prestaciones del programa de Salud Mental Comunitaria 2005-2010

a) Frecuencia por años bajo estudio

En el período estudiado, el total provincial de prestaciones de SM fue de 775.715 para todos los tipos de actividades, con un

promedio de 129.285 prestaciones anuales y 64.642 prestaciones mensuales. El año 2010 presentó la mayor frecuencia (el 23,5% del total del período estudiado) y en el año 2007 se registró la menor frecuencia, con 99.157 (el 12,8%).

Tabla Nº 1 Total provincial de Prestaciones de Salud Mental. (2005-2010) N=775.715

Año	Total prestación provincial	Frecuencia relativa anual
2005	125215	16,14
2006	112523	14,50
2007	99.157	12,8
2008	123834	15,96
2009	122633	15,80
2010	187.710	23,5
Total Provincial	775715	100 %

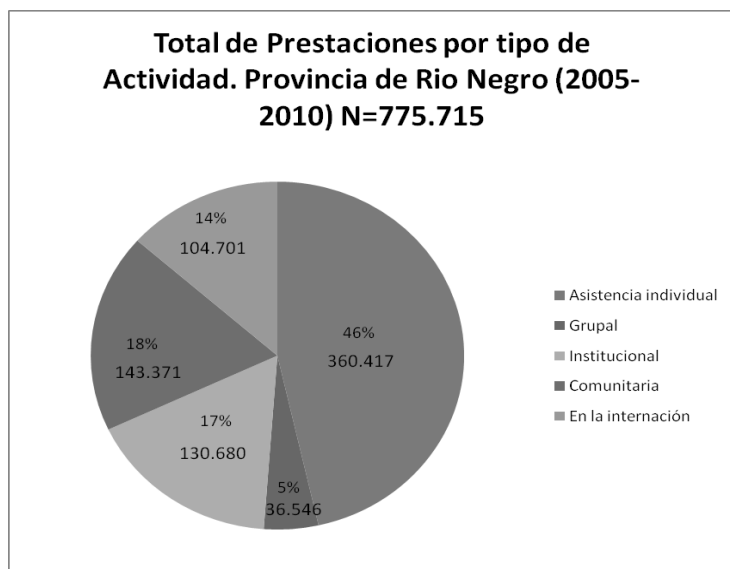
Fuente: Paulín D – Baffo, 2012, elaboración propia en base a datos del Programa Provincial de SMC –Río Negro

b) Distribución por tipos de prestaciones

La distribución por tipo de prestaciones del total provincial en el período estudiado, indica que el 46% de las mismas corresponden al tipo “Actividad Asistencial individual” (n= 360.417); el 18% a Actividades comunitarias (n=143.371); el 17% a actividades institucionales (n= 130.680); el 13% a actividades de internación (n=104.701); el 5% a las actividades de tipo grupales (n= 36.546), tal como se observa en el Gráfico 1

Dado que el 46% del total de prestaciones corresponden al tipo “Asistencia Individual”, afirmamos que las prestaciones de este tipo no deben confundirse con terapias tradicionales de abordaje individual. Por el contrario, destacamos que el carácter de *comunitarias* se vincula a una cualidad del encuentro individual que no puede quedar plasmada desde lo cuantitativo. Dicho encuentro individual, por ser insustituible para usuarios que requieren de un vínculo prolongado con los servicios (3) debe valorarse en relación a la accesibilidad a la atención y continuidad de los cuidados dentro de un modelo de SMC.

Grafico 1. Total provincial de prestaciones distribución por tipo de actividades. (2005-2010)



Fuente: Paulín D- Baffo, 2012, elaboración propia en base a datos del Programa Provincial de SMC –Río Negro

La razón entre las prestaciones individuales y las grupales fue de 10 a 1, mientras que la razón entre prestaciones individuales y las comunitarias fue de apenas 2 a 1. Sin embargo, señalamos que los distintos tipos de prestaciones no son comparables entre sí, puesto que reflejan diferente carga de trabajo en términos de tiempo, esfuerzo, complejidad y cantidad de destinatarios. Es decir, que el trabajo que representan las diversas prestaciones no permitiría la comparación entre ellas: por ejemplo, las actividades grupales, conllevan mayor tiempo de preparación y ejecución que el requerido por tareas de asistencia individual.

c) *Prestaciones en internación en hospitales generales*

El total provincial de 104.701 prestaciones de internación para el período estudiado representa un promedio anual de 17.450, y un promedio mensual de 1.454 prestaciones de internación en el territorio provincial.

La distribución de frecuencia por sub-tipos de prestaciones en internación se observa en la tabla 3. Se evidencia que la actividad “asistencia individual” tuvo la mayor frecuencia, llegando al 51% entre las de su tipo.

Tabla Nº 2. Total de prestaciones de tipo E (en Internación) por subtipos 2005-2010

Actividades E x Subtipo	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Asistencia Individual	54157	51%
IC solicitada a otros servicios.	4049	4%
Intervención de Urgencia	3541	3%
Actividades de Revinculación	13264	13%
E y C administrativos	7916	8%
Acompañamiento	21774	21%
Total	104701	100%

Fuente: Paulín D – Baffo, 2012, elaboración propia en base a datos del Programa Provincial de SMC –Río Negro

Dicha distribución indicaría la accesibilidad de los usuarios a prestaciones de internación en hospitales generales, y mostraría que el contacto individual usuario-efector es fundamental como eje del trabajo de SM aún en contextos de reforma. Ello puesto en relación a la importancia de la asistencia en la crisis, como uno de los puntos esenciales para la sustitución de los manicomios.

d) Frecuencia con relación al número de trabajadores de SM

El Programa provincial contó en el período estudiado con 192 trabajadores (promedio de efectores profesionales y no

profesionales para los seis años bajo estudio) resultando un total de 4.040 prestaciones/ trabajador para el período estudiado; o bien 673 prestaciones/trabajador-año.

Señalamos que muchos son los factores que influyen en determinar la carga de trabajo de las diversas prestaciones, no siendo la cantidad total un dato que permita sacar conclusiones acerca de la productividad de un servicio o del programa. De este modo, se destaca la importancia de interpretar cualitativamente los datos, para evitar llegar a conclusiones falaces y a tomar decisiones erróneas.

3.2. Caracterización cualitativa de las prestaciones según ejes temáticos

EJE 1 Internación como último recurso terapéutico:

Los entrevistados valoraron que los datos obtenidos respecto de las tareas de internación no serían auto explicativos, dado que podría confundirse la cantidad de personas internadas con cantidad de prestaciones realizadas. Por el contrario, aclararon que “una sola persona internada puede requerir muchas actividades”. Este dato tampoco mostraría qué sucede entre la internación y la externación, las actividades de seguimiento o si hubo reinternaciones. Creyeron necesario relacionar datos como: cantidad de pacientes internados en el período y total de días de internación

Una parte de la muestra manifestó que les parecía alto el número de prestaciones de internación y que se podría interpretar como un indicador de que la misma no estaba siendo utilizada como el último recurso terapéutico. Por el contrario, otro grupo de entrevistados consideró que la proporción de prestaciones de internación era pequeña, en relación a la magnitud del trabajo realizado en el ámbito de la internación. Poniendo en contexto que los datos se referían a

la internación en hospitales generales y no a internaciones en una institución monovalente o psiquiátrica. Afirmaron que había personas que necesitan estar cuidadas o contenidas institucionalmente, y que la preocupación del modelo de desmanicomialización no se reduce a internar o no internar. Es tan importante no prolongar innecesariamente las internaciones realizadas, como disponer de espacio de contención en internación, cuando fuera preciso.

Las autoras destacamos esta última reflexión de los trabajadores entrevistados, dado que consideramos es un equívoco frecuente asumir que el objetivo o fin último de la reforma provincial es “no internar”. Ese reduccionismo, desatiende que en verdad el objetivo planteado es no internar en instituciones totales por tiempo indeterminado. Ciertamente se pretende evitar la internación como única medida terapéutica (sin plazos ni objetivos para dicha práctica). Por el contrario, recordamos, una de las metas de OMS/OPS es que los sistemas de Salud Mental sean parte del sistema general de salud y logren internar en los HG cuando el usuario requiere de ese tipo de prestación.

EJE 2: Reinserción social como objetivo de toda práctica

*“No me pregunten si la prestación fue de reinserción social
Mejor pregunten qué tipo de actividad fue,
porque todas las actividades son, en último término, de
reinserción social”.*

Acerca del aumento de la frecuencia de las actividades comunitarias en el período en estudio, los entrevistados afirmaron que se debía a la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental que afectó fuertemente a los servicios, insistiendo en la importancia de este tipo de actividades para legitimar el modelo comunitario. También habría influido la capacitación en estadísticas y salud mental comunitaria,

desarrollada para todos los servicios de la provincia en el periodo estudiado¹⁶.

Otro aporte para el posible aumento de actividades comunitarias, fue la sistematización de reuniones de SM por zonas sanitarias junto a la designación de coordinadores de zonales. Además el incremento de trabajadores de salud mental en el periodo, fue considerado un elemento imprescindible para duplicar este tipo de actividades. Se reflexionó acerca de que las mismas son más complejas en su planificación, organización y gestión, que las actividades de tipo individual asistencial.

EJE 3: Modelo tradicional y modelo comunitario

Se pidió a los trabajadores que valoraran la mayor frecuencia de prestaciones asistenciales individuales según se observó en la fase cuantitativa (ver punto a). Al respecto, surgieron distintos tipos de argumentos:

1) Las prestaciones asistenciales individuales son las categorías mejor definidas, lo cual genera un mayor registro de este tipo de prestaciones en relación a otros tipos, que serían sub-registrados.

2) Modelo de la institución hospital general: mantendría un modelo tradicional, basado en la asistencia individual no interdisciplinaria, con asimetría fuerte entre profesiones y respecto de los usuarios, y con énfasis en la asistencia reparatoria. Desde este modelo, las direcciones de los hospitales generales y los miembros de otros servicios hospitalarios, demandan que se realice atención individual a los pacientes. Se juzgó como un logro a resguardar el hecho

¹⁶ Escuela de capacitación para operadores sociocomunitarios organizado por nivel central del programa junto al ISOLE.

de instalar los servicios de SM en los hospitales generales, y por ello, acceder a este tipo de demandas podría ser visto como parte de una negociación (lo que la institución quiere vs. lo que el servicio de SMC considera necesario). De este modo, la asistencia individual podría valorarse como una tarea relacionada a la defensa del propio programa de SM en su inserción hospitalaria.

3) Dificultades para el abordaje grupal: La tendencia social poco favorecedora de lo grupal y la dimensión pequeña de la mayoría de las localidades de la provincia, obstaculiza la inserción de usuarios en dispositivos grupales. Los mismos usuarios muchas veces requieren atención desde un modelo tradicional. En ocasiones las familias no comprenden los fundamentos de respuestas no tradicionales.

La formación profesional de grado predominantemente en el modelo individual clínico también tendría un impacto en la elección de actividades de asistencia individual en detrimento de la asistencia grupal. Sin embargo, no se mencionó este factor en torno a otras tareas, como las de reinserción social.

Según reflexionaron algunos entrevistados, vale la pena diferenciarse de una mirada simplista o reduccionista al pensar en un “modelo comunitario”. Dicha mirada permitiría suponer que las prestaciones predominantes serían las grupales y las comunitarias. Sin embargo, al plantearse el modelo de reforma sustituir la atención manicomial, no puede soslayarse la importancia de las actividades individuales para establecer vínculos terapéuticos equipo-usuarios, o para garantizar la continuidad de los cuidados cuando ello sea pertinente. Los entrevistados también explicitaron la particularidad de algunas actividades individuales dentro del modelo comunitario rionegrino como las destinadas a la re vinculación.

Finalmente, se encontró que para los trabajadores no había una relación lineal entre la frecuencia de los tipos de prestaciones y los modelos de atención, dado que el modelo se vincularía a la posición del usuario y del trabajador.

“Los modelos serían prácticas y no códigos, el nombre de la práctica no referenciaría al modelo sino la práctica en sí que pasa por la ideología de cada trabajador.”

EJES 4 y 5: Trabajo Intersectorial y Método reflexión –acción

La tarea intersectorial e institucional fue considerada indispensable para el desarrollo de las prestaciones comunitarias. Los entrevistados señalaron que ellas implicaban actividades de variada naturaleza, duración y complejidad. En cuanto al peso relativo que poseían las actividades “reunión de equipo de SM” (C3) y “capacitación equipo de SM” (C2) consideraron que los datos no lo reflejaban, dado que la reunión de equipo es valorada como un punto esencial de la forma de trabajo del modelo de SM rionegrino.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En cuanto a la pregunta de investigación ¿Cuál es la situación de las prestaciones en el Programa de Salud Mental en la Provincia de Río Negro? Se observó a nivel cuantitativo que en la provincia se realizaban todos los tipos de prestaciones- individuales, grupales, institucionales, comunitarias - en el periodo estudiado.

Encontramos coincidencia en que faltarían las categorías de: tiempo empleado; cantidad de trabajadores; y usuarios implicados en las diversas prestaciones, para que la comparación entre ellas sea auto-explicativa. Además, se identificaron como faltantes: datos de los usuarios, de la

población del área programática, y de los recursos de cada servicio de SM, para considerar adecuadamente la información producida. Ello permitiría valorar, tanto la cantidad y tipo de prestaciones, como el perfil que asume la distribución de actividades en los servicios. Ello coincide con las conclusiones de una investigación previa en la cual se estudió cuali-cuantitativamente el Programa de SM pero a nivel de una sola localidad, en la cual hallamos que para los miembros del servicio de SM, los datos cuantitativos no reflejan con precisión el tipo de trabajo realizado por ellos (11).

Cuando se trabajó sobre el tema de las prestaciones Individuales -que representaban el 46% del total de prestaciones- los entrevistados dieron argumentos coherentes con el modelo de SMC: el encuentro individual no era sinónimo de modelo tradicional y sería insustituible para el seguimiento de usuarios que como dice Basauri (13) van a establecer un prolongado vínculo con los servicios de SM.

Tal como mencionan Ardila y otros (2) para que la evaluación sirva como herramienta de legitimación, las particularidades de cada reforma deben ser respetadas en el proceso de evaluación. En el caso de la reforma de Río Negro, para los trabajadores el insertar los servicios de salud mental en los Hospitales General es un logro que merece la negociación continua con el modelo del resto del hospital que demanda fuertemente atención individual. Coincidente con los hallazgos de Baffo (14) se mencionó que es necesario negociar constantemente para mantener ese logro, a 21 años de la sanción de la Ley 2440 seguía entendiéndose el proceso de reforma como algo en construcción.

La demanda de la población, de la institución hospital general y de otras instituciones se basaría en el modelo tradicional de asistencia especializada, asimétrica, individual. Coincidente

con lo que afirma Menéndez el modelo médico hegemónico no sólo en su accionar sino en el imaginario social tiende a neutralizar el intento de otros modelos, de cambiar las instituciones de salud. (15)

En la presente investigación se encontró en los trabajadores de SM una postura que valora la frecuencia de prestaciones de internación como un indicador de accesibilidad y del uso efectivo del dispositivo de internación en hospital general. Por un lado la cualidad de la internación es acorde al modelo de SMC y la atención de la crisis es una de las prioridades del programa en estudio. Coincidente con estos resultados, otro estudio, el IESSM (11) mostró que la media de internación es de 13 días y ello está dentro de los rangos aceptables por OMS para programas de SM y se ajusta a lo encontrado por Basauri para la reforma de España. (13)

Se halló un conjunto de argumentos que complejizan las cualidades de lo “colectivo”, “comunitario”, “grupál” y “reinserción social”. Tanto lo colectivo como lo individual serían necesarios en un programa de SM y no se los caracterizó como opuestos, a diferencia de los resultados surgidos en la investigación de un equipo local, en el cual la cantidad de prestaciones individuales fue observada negativamente por los trabajadores (12). En la presente se conceptualizó a ambos (colectivo-individual) como momentos en la estrategia que dependían de la necesidad del usuario y no de la preferencia teórico metodológica del equipo, concordando con los resultados de Paulín que encontró que para la evaluación y diseño de las estrategias terapéuticas, el criterio prevalente era el de necesidad de los usuarios y no el tiempo de intervención ni las rutinas preestablecidas (16).

Se encontró que la imprevisibilidad y creatividad eran atributos del trabajo en SM que no podía cuantificarse y que además producía una relación producción/trabajador diferente a la de otros servicios y un tipo específico de

desgaste. De manera similar, Baffo (15) concluye en otro estudio que para los trabajadores el compromiso con una tarea de naturaleza especial implica un desgaste y al mismo tiempo una fuente de gratificación.

Además, se describió que la capacitación y la orientación del trabajo desde nivel central eran factores destacados en el momento de explicar el perfil prestacional de las actividades provinciales. En ese sentido, Baffo mostró que las reuniones de equipo cumplían diversas funciones entre ellas de transmisión del modelo (15). Los resultados de Paulín coinciden con los de esta investigación en que las reuniones de equipo son la herramienta efectivamente utilizada para el diseño y evaluación de ET y para la distribución de tareas. (16) Recordemos que el trabajo en equipo es un concepto ausente en las prácticas asilares tradicionales. Por el contrario, en un modelo de reforma, el medio de trabajo es el equipo interprofesional, que debe encontrar formas de intercambio de sus visiones teóricas y de sus prácticas (18). En el modelo rionegrino, según Schiappa Pietra (6) la interdisciplina y el trabajo en equipo son la estrategia fundamental para lograr un nuevo tipo de abordaje, superando la mirada exclusivamente médico biológica.

Una dificultad recurrente para interpretar los datos cuantitativos fue la falta de categorías para prestaciones que son particulares de modelos de reforma de atención en salud mental, aun cuando se le reconoce importancia. La codificación del registro habría quedado sesgada hacia prestaciones individuales y de internación, que estarían mejor definidas, y faltaban categorías para registrar prestaciones típicas y frecuentes. Inferimos en ello la impronta del modelo individual clínico. Por su parte, Gerlero et al, realizaron un relevamiento de la situación de la SM en Argentina, y entre las conclusiones enfatizaron la necesidad de contar con más y mejores datos en SM, dado la insuficiencia de los datos disponibles. (17)..

Recomendaciones

A partir de los resultados de esta investigación las autoras (19) realizaron una serie de recomendaciones para la elaboración de una nueva herramienta de registro para el Programa de Salud Mental Comunitaria rionegrino, que rescate las ventajas de la herramienta actual, y permita construir una herramienta superadora. Sugerimos repetir el proceso de *construcción colectiva* que originó el registro actual, puesto que el consenso y la participación de los efectores es fundamental para legitimar la implementación de uno nuevo.

En la herramienta nueva sería relevante procurar la subsistencia de categorías y sub-categorías vinculadas a la particularidad del programa. No obstante dada la reciente sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, sugerimos procurar que la herramienta posibilite *la comparación* con el trabajo de otros programas provinciales.

Utilizar los *avances tecnológicos* para permitir el acceso a información actualizada, sobre las prestaciones de cada servicio y del total provincial. Que favorezca el cruce de variables, de modo tal que se transforme en un verdadero instrumento de planificación y gestión local, zonal y provincial; y como insumo para reflexionar sobre la práctica y el modelo de trabajo. Por lo mismo, la herramienta debería generar datos que faciliten el conocer las prestaciones realizadas con cada usuario, frecuencia del contacto y tipos de dispositivos que forman parte de la estrategia de atención.

A fin de ganar *sensibilidad* para reflejar la tarea desmanicomializadora de los servicios, recomendamos incluir a los datos existentes: referencia a usuarios, con datos demográficos de interés; tipo de sufrimiento psíquico - en reemplazo del diagnóstico como criterio clasificador (20); tiempo de duración de cada tarea; cantidad de usuarios

beneficiarios de cada actividad; y cantidad de efectores que trabajaron en cada actividad.

Revisar la clasificación por tipos: Es importante la coherencia del instrumento con una visión que tome lo individual y lo colectivo como dimensiones complementarias y no como polos opuestos. Por ello recomendamos revisar la clasificación por tipos de prestación, modificando el título de las mismas, reemplazándolas eventualmente por ámbitos de actuación.

Incorporar nuevas categorías: que permitan la codificación de tareas cotidianas y relevantes para el modelo teórico del programa, como por ejemplo: las entrevistas a familiares de usuarios

Finalmente, se recomienda implementar diversas estrategias de capacitación de todos los efectores de la provincia, a fin de unificar el criterio de registro.

Agradecimientos

- A la Comisión Nacional Salud Investiga- Ministerio de Salud de la Nación
- Programa de Salud Mental Comunitaria Provincia de Río Negro. Dirección y Departamento Provincial de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.
- A la Directora de la beca de la presente investigación María Vanda Ianowski
- A los trabajadores de los servicios de salud mental que fueron entrevistados.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Departamento de Salud Mental, 2005. Actividades del Equipo de Salud Mental. Definiciones y registros. Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.
- 2- Ardila, S; Stolkiner, A, 2009. Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: Consideraciones

metodológicas en AAVV I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, V Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires.

3- Cohen, H; Natella, G, 1995. Trabajar en Salud Mental. La Desmanicomialización en Río Negro , Buenos Aires, Lugar Editorial.

4- Natella, G; Cohen, H, 2013. La desmanicomialización. Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Lugar Editorial.

5 - Schiappa Pietra, J, 2008. Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en Salud Mental, Viedma, Fondo Editorial Rionegrino.

6 - 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.

7- Ulin, P, Robinson, E; Tolley, E, 2005. Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos cualitativos. Publicación Científica Técnica N° 614, Washington, OPS

8 - Sautu, R, 1999. Estilos y prácticas de la investigación biográfica. Em AAVV Sautu R. (Comp.) El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir de los testimonios de los actores .Buenos Aires: Fundación Editorial de Belgrano

9 - Departamento Provincial De Salud Mental, 2007. Informe a la Defensora del pueblo de la Provincia de Río Negro. Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

10- Magalhaes Bosi, M, Mercado, F (coord.), 2007. Investigación cualitativa en los Servicios de Salud, Buenos Aires, Lugar Editorial.

11 - Dirección Provincial Salud Mental Río Negro, 2009. Evaluación del Sistema de Salud Mental de la Provincia de Río Negro (IESM-MS). Vanda lanowski coordinadora provincial de la aplicación del IESM-OMS. Colaboración entre el Ministerio de Salud de la Provincia y la Oficina Subregional de la Organización Panamericana de la Salud

12- Baffo; C, Paulin Devallis, M, 2011. Diagnóstico de situación de las prestaciones de Salud Mental en el Hospital Área Programa Ing Huergo. A 30 años de la reforma del modelo de atención. AAVV Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013, Epidemiología en Salud Mental Experiencias de Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones pp. 9-22.Bs As.

13. Basauri, V. Aparicio, 1993. La reforma Psiquiátrica de 1985 en AAVV, Basauri, V (coord.). Evaluación de Servicios de salud mental Madrid, Getafe Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 127 -182

14. Baffo, C, 2012. 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, UNLa, Observaciones no publicadas

15. Menéndez E, 1988. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En AAVV, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1988, Buenos Aires. pp. 451- 464.
16. Paulín 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 Río Negro, año 2007. La perspectiva de trabajadores de salud mental, usuarios y familiares. Tesis de Maestría. UNLa observaciones no publicadas.
17. Gerlero S.; Augsburger AC. (Comp), 2012. La salud mental en Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos. Laborde Editor. Rosario, 2012. ISBN 978-987-677-030-9.
18. Costa Rosa, 2006. A. O Modo Psicosocial: Um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar. En Amarante P. Compilador. Ensaios. Sujetividade, saúde mental, sociedade. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006, p 141-168
19. Baffo, C; Paulín Devallis, M, 2013, "Informe de Resultados para Socializar entre los trabajadores rionegrinos". Observaciones sin publicar
20. Augsburge A. C. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos médico sociales 81: 61-75 (on-line)

“TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, EN LA SOBRIA VISIÓN DE RAÚL CALDERERO. UN PROBLEMA PARA TOMAR EN SERIO.”

Op. SM Mario Raúl Calderero; María Julieta Sanz; Roberto Hipólito Irigoyen Testa

EPÍGRAFE

“-No voy a morir con alcohol o por alcohol”, prometió Raúl. Y cumplió. (Un tal Eliseo, AA)

PENSAMIENTOS AFINES

“Ir al grupo es un bien para todos” (Participante de AA)

“Si tengo suerte, me muero, si recaigo” (Otro participante de AA)

“Raúl, cómo curándose, él curaba a los demás...” (Anónimo)

“Los imprescindibles, de esos era Raúl” (Norma, operadora)

“Se nos fue un amigo, la muerte de un hombre bueno” (Eduardo, operador)

“Lo único y más importante para ser operador es ser buena persona” (Bárbara, usuaria)

➤ **PRIMER DESARROLLO, por Roberto Irigoyen Testa**

Para trabajar en alcoholismo primero hay que priorizar dicha intervención. Considerar que es esencial trabajar sobre ese grupo poblacional, ya que la prevalencia del consumo problemático de alcohol es muy alta sobre la morbimortalidad en salud pública y otras instituciones (justicia, ausencias laborales, familias con violencia, sociedad con violencia, etc.).

Es la principal causa de daño, pérdida de la salud y destrucción familiar. Y, aunque debería ser priorizado por razones estadísticas no sucede así por diferentes motivos que se relacionan con los prejuicios desde los cuales intervienen muchas veces los profesionales y no profesionales de las instituciones, que tienen su origen en las distintas representaciones sociales que aún hoy influyen el accionar institucional y que pasamos a enumerar:

1. Estos usuarios continúan siendo “el borracho” o “el drogadicto” de segunda categoría (más bien de cuarta), despojo descartado por nuestra sociedad.
2. “Delinquentes”; en los hospitales hace varias décadas atrás (¿varias?) se llamaba a la policía para que los detengan por la contravención “estado de ebriedad”
3. “Peligrosos”: no sabiendo cómo actuar o haciéndolo desde el miedo ante la desinhibición que provoca el alcohol (¡de nuevo se llama a la policía!)
4. “Vagos sin fuerza de voluntad”: “él decide seguir tomando, si no pone voluntad, yo que voy a hacer!”
5. “Salud trabaja para vencer a la muerte”: como los fracasos son frecuentes y los alcohólicos generalmente terminan muertos tempranamente, los operadores de salud tienen con estos usuarios bajo nivel de tolerancia a la frustración; ya que no soportan que luego de un esfuerzo

establecido la persona tenga una recaída en consumo de alcohol (¡cómo no la va a tener si la recaída es parte del círculo de hierro de la propia enfermedad alcohólica!). Esto hace que el seguimiento sea muchas veces igual a cero y que los agentes de salud focalicen en otras patologías que, tal vez, den más satisfacciones de acuerdo a este preconcepto.

6. Al borracho “no lo reclama nadie”: puede reventársele el hígado o las várices esofágicas, colgarse de una soga o darse un pistoletazo, matarse en un auto o recibir una cuchillada, que cuando sucede algo de esto se produce un alivio en su entorno (familiares, puertas del hospital que golpeaba una y otra vez) acompañado por una lacónica frase mortuoria: -“Y... Nunca quiso dejar de chupar, tarde o temprano iba a terminar así...” Así esto también lleva al profesional a inmiscuirse poco pues el riesgo que pesa sobre su matrícula es mínimo.

Sin embargo lo que sufre el ciudadano que padece alcoholismo es una enfermedad social compleja, una de las más complicadas sobre la cual intervenir, que para dar respuesta con alguna eficacia tensa a todas las disciplinas hacia la transdisciplina. Es la más importante sobre la que deberíamos intervenir debido a su alta morbilidad en la provincia, en el país y en el mundo.

¿QUÉ HACER?

- Creo que lo principal es avanzar, independientemente que esté tomando o no alcohol, en la clave que da **Pablo Franco**: “tratamos que las personas encuentren un para qué en sus vidas”. Y ayudando al usuario con tan terrible adicción a buscar un sentido para su vida. Pondremos en marcha las múltiples estrategias del enfoque comunitario, tendientes a que encuentre su lugar (social) en el mundo.

- Trabajar mucho con su familia aunque él esté ausente: este consejo me lo dio una Sra. que llevaba 43 años consecutivos en ALANON (también lo encontré el cuadernillo nro. 3 de ALANON: “Enfoque de la otra parte de la familia”). Esto es porque si el individuo sigue chupando el seguimiento caería cuando nos cierre la puerta o el desánimo cunda en nosotros: ese es el momento clave para apostar al trabajo (caso x caso o grupal) con su familia. Esto es arduo y extenuante pues posiblemente ella también esté enferma por el alcohol existente en el seno familiar. Pero será un trabajo fecundo pues será la propia familia la que poco a poco arreará de nuevo al usuario adicto a un nuevo intento de cesación de consumo.
- Mejorar el entorno socio-laboral; p.ej. mediando ante sus patrones, gestionando trabajo de unas pocas hs. con alguna función específica en dispositivo favorable como puede ser una empresa social, etc.
- Desnaturalizar por todos los medios posibles (radiales, escritos, audiovisuales, en directo en asambleas comunitarias, etc) el consumo de alcohol, para combatir el nocivo efecto subliminal de las campañas publicitarias de venta de alcohol y la naturalización que en muchas culturas existe del consumo de alcohol. Esto ayuda a disminuir el consumo y a reducir los riesgos del impacto del alcohol en nuestra población (OMS). Estas acciones con impacto sobre las políticas públicas podrían estar lideradas por los Consejos Locales de Abordaje Integral de Adicciones (conformados por todas las instituciones del pueblo, incluidos los grupos

específicos de ayuda mutua), que por normativa debieran existir en cada localidad rionegrina.

- Posicionarnos desde el modelo de reducción de daños para paliar los efectos deletéreos del tremendo tóxico que es el alcohol etílico, intentando evitar sus efectos nocivos en las personas que los llevan a la destrucción bio-psico-socio-cultural y la muerte, antes del próximo intento de cesación. Ha quedado demostrado en el mundo en las últimas décadas (y en USA en las del '20 y '30) el fracaso y la ineficacia de las políticas basadas en el Modelo Abstencionista Prohibicionista (¡y muchas veces sin darnos cuenta operamos desde este paradigma!).

- Conectar con grupos específico de rehabilitación tanto sean GIA o AA (ver diferencias entre ellos al final de la página). Dentro del Paso 12 de este últimogrupo dice que “habiendo obtenido un despertar intelectual como resultado de estos Pasos tratamos de LLEVAR EL MENSAJE a los alcohólicos y llevar estos principios en todos nuestros asuntos” y su 5ta. Tradición expresa que “cada grupo tiene 1 solo objetivo primordial de AA: es llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo”. Teniendo en cuenta esto creo que el sistema desaludpudiera trabajar codo a codo con ellos, avisando previamente al enfermo que un compañero de AA irá a visitarlo en compañía de un agente de salud (tanto a la casa como en la internación hospitalaria).

Recomiendo leer el cuadernillo aprobado por la Conferencia de Servicios Generales de AA: “Cómo cooperar los miembros de AA con los profesionales – Cooperación pero no Afiliación”. Cito algunas de sus textos:

-la pregunta 17 en la que se lee el concepto de “uniendo orillas” donde los miembros de AA se ofrecen como

voluntarios para ser contactos temporales e introducen a los nuevos miembros –dados de alta por los centros de tratamiento- a Alcohólicos Anónimos. Muchos grupos y comités locales han establecido este tipo de programas. Por ende sería una tarea bastante agil establecer un protocolo que implicará que ante una internación de una persona con problemas de alcoholismo el servicio de salud mental de ese hospital se comunique con AA de su localidad para informarle de la necesidad de que participen durante su internación realizando trabajo individual sobre conciencia de enfermedad y en el alta ofreciéndole el ingreso al grupo.

-la pregunta 3 sobre Comités de Cooperación con la Comunidad Profesional (CCP), donde destacan en el inciso e) “el vivo deseo de AA de servir en la comunidad como recurso para ayudar al alcohólico a recuperarse de la enfermedad del alcoholismo”

(Ningún profesional puede llegar al corazón del sufriente de alcohol como lo hace una persona que ha transitado la misma experiencia...)

-la pregunta 4 ¿por qué es importante la actividad de C.C.P.? Su respuesta dice que “el profesional puede ayudar al alcohólico a querer oír el mensaje de recuperación de AA. Aún hay profesionales que tienen poco o ningún conocimiento de AA. Sigue siendo importante que se mantenga la comunicación abierta en un espíritu de cooperación amistosa”

- “cualquier cosa que ayude a la recuperación de los alcohólicos es buena, trátase de hospitales, de centros de rehabilitación, de centros estatales provinciales, de la religión, de la psiquiatría o de AA”

Así es estéril la discusión sobre qué tipo de grupo para rehabilitación de alcoholismo debe haber: si GIA o AA. GIA, Grupo Institucional de Alcoholismo con profesionales dentro de ellos. AA, Alcohólicos Anónimos, sólo con personas que tienen problemas con el alcohol dentro de ellos, reuniones

cerradas generalmente y cada tanto pueden hacer una abierta donde entran familiares y profesionales.

Lo importante es que haya al menos 1 grupo de alcoholismo en el área programa de los Centros de Atención Primaria de la Salud desde donde operan los efectores de salud. En caso de ausencia de dicho dispositivo grupal dentro de la misma, es función de salud generarlo con aporte de la comunidad que lo circunda (por lo general es muy importante un recuperado de más de un año sin consumo de alcohol en estado de sobriedad que sea referente barrial y comunitario). Es primordial tarea de salud comunitaria descentralizar dichos referentes de alcoholismo, formando 1 referente local recuperado por barrio.

Concluimos que como el consumo de alcohol entra por la boca y generalmente es grupal, debe haber grupo disponible para que de la misma forma en que fue penetrando la enfermedad sea desarmada paso a paso en grupo pudiendo salir por la boca (hablando).

- Operar desde los hospitales generales, que son los más cercanos a la gente, tanto en acciones de guardia (para las complicaciones), de internación (para desintoxicación), como de seguimiento: operando en el territorio barrial donde la crisis del usuario cobra sentido, en alianza del centro de salud cercano con los profesionales “lejanos” –los del edificio hospital- que en esta patología deben ser centrífugos, estando en el territorio donde vive el enfermo alcohólico con su familia. No es objeto de este capítulo general entrar en detalles de esas 3 acciones, c/u de ellas per se daría para un capítulo propio...

- **Y ESTANDO.**

El operador de salud comunitaria (sea cual sea su disciplina) debe ESTAR para la demanda de un usuario con consumo problemático de alcohol (abuso o adicción). Si decimos en el

enfoque comunitario que queremos influir (que como toda acción tendrá su reacción y a su vez seremos influenciados) sobre el ESTAR (y el SER) de una persona, operando sobre su calidad de vida, ¿cómo no vamos a estar si nos necesita?, ¿cómo vamos a dirimir el poder con él/ella si no estamos para ese intercambio? Así, además de lo pautado (turnos, visitas o acompañamientos programados que él o ella podrían llegar a no cumplir por estar borrach@), debemos estar prestos a responder a las demandas que nos realicen, pues según el concepto de la Atención Primaria de la Salud, no podemos darnos el lujo de tener una “oportunidad perdida” ante una enfermedad social compleja tan grave. Tal vez dándole una mano justo ahí, sea el momento de la tan ansiada recuperación. Esto significa explícitamente que un profesional de la salud mental suspenda el turno de una persona neurótica (que se lo va a reclamar, tal vez con nota al Director) para seguir en un acompañamiento a un borracho (que no lo reclama nadie si sigue alcoholizándose y se muere).

Por lo tanto vuelvo al inicio de este texto: **HAY QUE PRIORIZAR** esta terrible enfermedad del alcoholismo y para que eso suceda el efector de salud (y la comunidad hospitalaria y extra-hospitalaria) deberá tener en claro los datos técnicos de su gravedad y de por qué es necesaria dicha priorización, y el coraje para realizarla.

Finalizo con la esperanza del aserto técnico de la inteligentísima y fiel defensora del Modelo Curativo Promocional Comunitario, la Dra. Graciela Natella (psiquiatra): “El pronóstico del usuario dependerá de la expectativa, esperanza y optimismo que el terapeuta-operador deposite sobre el usuario que atiende y sigue”.

Entonces su mejoría variará en forma directamente proporcional con la cantidad y calidad de dichos atributos que el operador coloque sobre dicho ciudadano.

EXPOSICIÓN de RAÚL CALDERERO (fragmentos) y JULIETA SANZ (conceptos principales) en la localidad de Valcheta – Río Negro – 11/11/11.

Mario Raúl Calderero[†] fue un iniciático del Servicio de Salud Mental Comunitaria de El Bolsón, allá por los finales de los 80', cuando fue promovido por la psiquiatra Dra. Ana Lía SchachterBroidet[†] (fundadora del Servicio a principios de los 80') al rol de Operador de Salud Mental con función específica como Coordinador de Alcoholismo ("Consejero en Alcoholismo", según la bibliografía de AA). Él era alcohólico recuperado con aproximadamente 3 décadas sin probar el alcohol al momento de fallecer. Ha sostenido el Grupo AA "San Cayetano" en el Hospital de El Bolsón durante un lapso similar, abriendo varios otros en la Comarca andina del Paralelo 42° (en Lago Puelo, Cholila, Epuyén, B° Usina, B° San José, etc.). Su formación fue en el Servicio de Bolsón (Dra. Broide, su mentora, y resto del equipo) y en el Servicio de General Roca (Dres. Pellegrini y Di Giacomo, Lic. SchiappaPietra, Coord. de Alcoholismo recuperado Sr. Ricardo Antoli). Su abnegación y dedicación específica abarcaba horario hospitalario y vespertino donde realizaba: visitas domiciliarias, gestión y seguimiento de recursos ante el municipio y pensiones nacionales, evaluación de internados, trabajo grupal e individual en las esperas "de guardia" del alcohólico que podría llegar... Cientos de personas le deben su recuperación de esta letal enfermedad... y varios fallecieron entre sus cuidados hasta el final. El 19 de febrero de 2016 mientras formaba parte del equipo del Servicio de Salud Mental de Bolsón que estaba acompañando a un grupo de usuarios que disfrutaban de unos días de esparcimiento en

el Balneario El Cóndor de Río Negro, padece una muerte súbita a los 60 años de edad.

La Dra. **María Julieta Sanz** fue compañera como médica del Servicio de Salud Mental Comunitaria de El Bolsón de la Dra. Ana Lía Broide y del Sr. Raúl Calderero, acompañándolos en el trabajo con personas con sufrimiento mental severo durante los últimos 15 años, con enorme calidad humana y técnica y excelente humor y con gran empatía y capacidad de conectarse con las personas. Se jubila en el año 2015, constituyendo otra gran pérdida para dicho Servicio.

Y un inefable 11/11/11 se alinearon los planetas en capicúa y la Dra. María Julieta Sanz dio una clase magistral acompañando al gigante Mario Raúl Calderero en su disertación en las **“I Jornadas Provinciales de Alcoholismo y otras Adicciones”** que con enorme esfuerzo realizó la comunidad de **Valcheta - Río Negro**. La organización estuvo a cargo del Hospital local “Raúl P. Fernicola”, liderada por la Lic. Silvina Fortunatti (Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital Valcheta) y la Lic. Gabriela Oviedo (trabajadora social, efectora del mismo Servicio).

Agradezco a ellas el aporte de este material que pasamos a desgrabar y transcribir para tener “en vivo” la palabra de Calderero y Sanz. También le doy muchas gracias a la gestión para conseguir el mismo que nos realizó la Lic. Fabiola MacchiaCaschel, con amor desinteresado por la obra de Raúl y Julieta.

(Nota: Las declaraciones de Raúl Calderero y Julieta Sanz aparecen en letra común; pocas frases complementarias del autor Roberto Irigoyen Testa en bastardillas o cursiva)

➤ **EXPOSICIÓN de MARIO RAUL CALDERERO**

“Cuidado, voy a ser muy respetuoso, no es por querer ponerle laureles al Hospital de Bolsón... Yo ando mucho, yo he

recorrido muchas localidades y ciudades importantes y siempre busco donde hay un grupo donde se esté trabajando en alcoholismo... y es digno de admirar cómo se trabaja en alcoholismo en la localidad de El Bolsón. Es impresionante. No es todo color de rosas, hay dificultades, ¡cuidado!, pero la atención del alcohólico es muy, muy buena; la dedicación que le dan los profesionales al tratamiento...y esto es algo como que yo les puedo decir los resultados. Nosotros en Bolsón tenemos un % muy bueno de alcohólicos en rehabilitación; muchos dejaron de ir al grupo, como también les puedo decir que hay compañeros que tienen 15 años de recuperación y no faltan al grupo, no van todas las reuniones pero van. Y como también tenemos aquellos que les cuesta la rehabilitación. Entonces ahí quiero centrarme un poco y trabajemos qué es el alcohólico. Nosotros muchas veces encaramos la patología de la enfermedad del alcoholismo y ponemos las 3 escalas ó las 3 etapas: USO, ABUSO, DEPENDENCIA. La persona que a mí me decía: “-Vos sos un alcohólico!! (dependencia)...” era un cuchillo que me enterraban en el estómago... porque yo no lo aceptaba... Entonces si a mí me preguntaban “- cuál es tu posición en esas 3 escalas?” –Iba a estar siempre en la 1ra., en el USO... No quería estar ni en la mitad, en el ABUSO...Es tan amplio este tema que lo veremos más adelante.” <fragmento 1>

“Entonces la idea es a rajatabla sostener el grupo. Esas son las bases principales de encarar este fenómeno. Entonces cuando nosotros encontramos que se puede sostener esto, hay una ventaja.

Se habla muchas veces que el coordinador del grupo tiene que ser un alcohólico: yo he andado en muchas localidades, en muchos grupos me he encontrado y he visto personas que no son alcohólicas y que no han sido alcohólicas y están coordinando el grupo. Y es según cómo le toque a c/u ...a esta persona analizándola bien a lo sumo lo que me podían

plantear era “-¡Mirá!: hace la función típica de un alcoholico en recuperación...”

Y como también están otros que confunden el sistema de cómo encarar los recursos terapéuticos. Yo les voy a dar este ejemplo para que no haya confusión, sí? Yo he frecuentado muchos grupos, p.ej., y me he encontrado con “-Qué bárbaro, qué manera de haber gente!” “-Cómo hacen éstos?” “-Cuánto hacen que están en el grupo?” “-Y, no sé... 1 año...” Y uno es zorro en esto...y yo veía a la gente que estaba sentada ahí y no le veía aspecto o rasgos de alcoholicos... Porque ¡hasta eso nos deja esta enfermedad a nosotros! Y era un grupo de autoayuda de adicciones... Bueno, me dieron la palabra y pude expresarme en lo mío, muy lindo todo, entonces la compañera esta me dio la oportunidad que yo lo coordinara al grupo un ratito; entonces le enseñé esto: no se confundan, el coordinador CASI NO TIENE QUE HABLAR, el coordinador tiene que expresar lo corto y lo preciso para que el grupo pueda expresarse a través de los sentimientos de cada participante...siempre! Pero claro, en ese momento me doy cuenta que estaban todos en la misma en la misma bolsa: había gente de ALCO (ALCO son aquellas personas que van a un grupo de autoayuda para su obesidad), había 2 jugadores compulsivos y había unos cuantos de adicción hacia las otras drogas... y 2 ó 3 alcoholicos, nomás, los demás de otras cuestiones... y ahí hay que tener cuidado!

Como también hay que tener mucho cuidado cuando estamos en una reunión y decimos arrancamos abierta!, hay que tener mucha experiencia en eso. Nosotros llegamos al grupo, la implementación de la llegada del alcoholico al grupo es que solos no podemos ir nunca, siempre nos trae alguien: una madre, una esposa, un padre... Uds. saben lo que es estar en la piel de esa persona, viene a través de su negación: lo trajeron!

El primer paso tan importante para trabajar, yo como alcoholico que soy (uds. se preguntarán “-Pero sigue tomando este?” “-Pero cómo es?”; yo siempre voy a llevar mi identidad

como borracho; yo padezco una enfermedad que la pude detener; y ese es el problema de esta enfermedad: **nadie se cura del alcoholismo**. Yo como alcohólico que soy, cuando tenemos un principiante delante de mí, no le puedo decir a esa persona “-Vos sos alcohólico”, le estoy faltando el respeto; la evaluación de ella como profesional (señala a la Dra. Sanz) sí la puede hacer; pero yo? Solo soy el que le tengo que dar el mensaje, las sugerencias para las cosas que él va a tener que poner en práctica... Siempre tengo que preguntarle si EL TIENE PROBLEMAS CON EL ALCOHOL y si el alcohol le causa problemas. Y saben cuál es la doble identidad que tenemos como alcohólicos? Soy alcohólico y tengo dramas que me ponen mal, soy alcohólico problema, esa es la identidad que tenemos.

¿Qué es el alcoholismo? El alcoholismo es una enfermedad que no respeta edad, que no respeta sexo, no respeta raza, no respeta condición social. Y analicemos por qué somos calificados como “ALCOHÓLICO PROBLEMA”. Bueno, el primer problema que yo tengo es el alcohol; y entonces entramos a analizar y lo tiramos sobre la mesa si el alcoholismo a mí no me llevó a tener problemas más gravante para mí que una ingesta; y sí, todos coincidimos que a todos nos pasó lo mismo: tenemos problemas familiares, tenemos problemas laborales, tenemos problemas económicos, tenemos problemas con la justicia, tenemos muchos problemas que nos preocupan...”

⟨fragmento 2⟩

“Muchas veces nosotros vamos para el grupo porque tenemos problemas familiares; muchas veces asisto al grupo porque tengo problemas laborales; son los problemas terciarios pero son los problemas comunes los que yo padezco. Y quiero que a través de unas reuniones se me cambie el problema ese que yo estoy padeciendo, ese por el que me pidieron que asista. Entonces nosotros lo que más buscamos es que el individuo que padece la enfermedad la

reconozca, que se pueda reconocer como tal para que haya rehabilitación, que haya recuperación. Y es tan así, es tan cierto esto que en el que no se acepta como tal, no va a haber recuperación. No hay recuperación. Y ESTO A MEDIAS NO SIRVE. El que toma esa actitud de querer recuperarse tomándolo a medias...los entendemos, cuidado, eh!, quién de nosotros, qué alcohólico no luchó y sigue luchando a veces por querer lograr ser un bebedor social (uso)??? Yo lo hice, eso!¿Cuántas veces yo me propuse ese desafío de que el alcohol a mí no me iba a ganar?! Yo lo pasé, yo lo vivencié... ¡¡Y así me fue!!.

Pero esto es lo bueno que hemos aprendido que se le ha enseñado a cada compañero del grupo: uds. saben que nuestro trabajo y la dedicación hacia lo grupal de la atención al principiante hay que tener mucho cuidado. Por qué? Porque lleva un proceso, porque ahí es donde yo les hago ver que no vamos a tomar la actitud de creérmola tan así como por ahí la pensamos. No se olviden nunca de que la persona principiante es la persona más importante de la 1ra. reunión(a la que asiste)! Todos, todos tenemos que dedicarnos a buscar la mejor de la calidad de expresión, para que esa persona se sienta cómoda. Porque así nos recibieron a nosotros!"

Por eso es tan importante durante todos estos últimos años cómo se ha desarrollado el trabajo en las distintas localidades; a mí también por ahí me da mucha tristeza porque soy uno de los fundadores que digan una mentira tan grande como que nada se hace en adicciones –ver archivo adjunto 1)-. Yo soy uno de los tantos que hemos andado en esta provincia desarrollándonos donde había este problema. Hoy tuve la oportunidad de decirle esto a Pepe, como se los dije hoy: va a ser un desafío, así como tuvo el desafío en esta oportunidad esta localidad de hacer esto. Hoy nos toca a los que nos quedamos en la provincia y llevamos unos años trabajando, esto de que estas jornadas se sigan haciendo aunque sea 1-2 veces al año. Yo no quiero verlos en este

encuentro nomás, quiero verles las caras a través del tiempo... y esa va a ser la pulseada, la lucha y el desafío de nosotros para enfrentar este gobierno que está mandando. Yo les voy a pedir encarecidamente sus teléfonos de cada trabajador de cada localidad para yo poder decir que estuve y que queremos seguir; pero no se olviden de esto que es muy importante: yo he analizado durante el viaje que para uds. gente que hizo esto, no es fácil; no es fácil hacer esto...

También quiero decirles que la Dra. hace sus machetes para agregar cosas que hacemos en conjunto... Creo que a mí me tienen ya hace mucho, querés agregar algo vos?"

JULY SANZ: "- En los adultos y en los grupos que Ud. coordina, existe otra forma de tomar, la de las mujeres, les cuesta mucho ir al grupo y no reconocen la dependencia; qué pasa con el grupo o con las mujeres y el alcohol?"

RAUL CALDERERO: "Sí, bueno, nosotros actualmente en el mundo Ud. sabe que en las mujeres la enfermedad del alcoholismo (no es por discriminación) estos estudios lo han hecho la ONU que ha estudiado las características en la parte femenina; en la mujer le pega más en el sentido que es más sensible... yo creo que al darse cuenta es más sensible al "- Qué dirán?" o el "-¿Por qué a mí", no?; hay mayor incompreensión con ellas. Nosotros tenemos la oportunidad de tener alcohólicas que hoy están gozando de una buena vida, p.ej. una compañera lleva 3 años sin tomar, una principiante se está haciendo cargo de un grupo en la pcia. de Chubut, en Lago Puelo; y otras que les cuesta reintegrarse muchas veces... Que yo las entiendo, permanecer ellas solas durante tanto tiempo en el grupo donde son todos hombres... Claro acá hay cosas que, bien decía la Dra., Uds. se preguntarán por qué las mujeres no se quedan en los grupos? Y, muchas veces... ¡es tan confuso lo nuestro!, tan confuso... ¡y a los hombres les pasa lo mismo, saquémoslo de ser un reproche para las mujeres!"

⟨fragmento 3⟩

“...Un camino hacia el ABUSO en la juventud... Entonces hay que pensar las comparaciones y las diferencias, que es preocupante, no deja de ser preocupante, cuidado, eh? No comparemos entre el abuso y un enfermo; hay diferencia! Uds. se preguntarán a través de esto cómo es el sistema porque yo quiero orientar también de lo que es el sistema del enfermo alcohólico.”

«fragmento 4»

“Nuestro sistema como alcohólicos es sostener y mantenernos en pie por los cambios bruscos que ha hecho el alcohol en nosotros. Y mantenernos ocupados para evitar la tentación. Nosotros siempre vamos a recurrir al alcohol por una necesidad; es una necesidad tan enfermiza (obsesión) que ¡bueno!, los cambios varían. Hoy por hoy calificamos de enfermos; acá tengo la oportunidad de tener a alguien (por la Dra. Sanz) que me ayuda a diagnosticar las consecuencias que acarrea esta enfermedad. Pero a través del tiempo la ciencia humana (que sigue luchando, que sigue luchando), la ciencia no ha podido lograr cosas positivas contra esta enfermedad; sigue intentándolo... hasta aquí no ha podido. Y cuál es la cuestión? Todos los alcohólicos nos conocemos. Reconocemos, nos damos cuenta cuándo estamos entrando hacia una mente despejada. Hoy yo personalmente lo puedo decir. Uds. saben que yo hoy me olvidé de contarles que mi madre con su alcoholismo ella pudo recuperarse por sus propios medios. Dejó de tomar, dejó, no tomó más; creo que lo hizo de vernos tan mal a nosotros... Mi madre se jugó mucho conmigo, ¡qué no hizo para que su hijo menor dejase de tomar! Me llevó al curandero... dónde no me llevó! Y más chupaba yo...

Con el tiempo yo compruebo, me doy cuenta, a través de trabajar con profesionales y de haber participado en encuentros de alcoholismo cuando vinieron técnicos que trabajan en la patología denominada “alcoholismo”; gente que estuvo trabajando en Méjico, en los Estados Unidos.. y

nos orientaban en estas cosa tan importantes que nos daban, la importancia hacia nosotros, cuidado que es respetuoso lo que voy a decir. (ellos mismos dicen) –“Traeme a los psiquiatras y a los psicólogos y que me traigan un alcohólico recuperado! ¡No te lo van a traer! La facultad de psicología les enseña otra cosa, ellos van a aprender en el terreno a trabajar con esta enfermedad... como nos pasa a nosotros.

¡Cuidado! –“Yo he trabajado”, él me decía, “con la ONU, y ellos agarran a los pacientes de alcoholismo y los tratan como chanchitos de India y les hacen una evaluación sobre la enfermedad de la patología del alcoholismo, unos estudios que les hacen”. Claro, esta persona nos transmitía algo tan importante, que es tan cierto: nosotros los que caemos en manos de salud, de los profesionales, les debemos algo tan importante a salud sobre este fenómeno que padecemos: ¿saben por qué? Porque ese profesional clínico, ese médico estudió, se capacitó para curar infecciones, curar tantas cosas a partir de ese saber. Ellos hacen mucho por la parte de nosotros. Esta enfermedad no hay alcohólico que el exceso tan agresivo que le echamos a nuestro organismo no hay parte que no esté afectada; y ellos a través de la medicación tratan de hacer algo por nuestra rehabilitación. Cuidado! Estamos hablando de rehabilitación orgánica del fenómeno que afecta todo eso en el otro. Y acá está la cuestión: vemos un psicólogo muchos de nosotros... o vemos un psiquiatra... ¿Y por qué se enfoca tanto en la parte de salud, los profesionales clínicos y psicólogos y psiquiatras? Porque lamentablemente el alcoholismo es una enfermedad que afecta toda la parte orgánica física como la psicológica.

En la enfermedad del alcoholismo el despertar de la ansiedad y esto de tomar, esto por lo que tomamos el vino, ES TODO PSICOLÓGICO.

El orientar... acá está la parte que este profesional nos ha orientado a nosotros –“Uds. los alcohólicos que tienen la oportunidad de haberse dado cuenta de enfrentar el fenómeno que padecen, qué se dieron cuenta con el tiempo?

¿Qué se dieron cuenta a través de todo lo que ha hecho salud por Uds.?”.

Los que no tenemos recursos vamos a un hospital público; los que tenemos plata nos bancamos, pagamos y si es una obra social buena vamos y recurrimos a los privados. Y Uds. saben que nos pasa a nosotros cuando vamos a lo privado? En el privado cuando tenés el alta, te desintoxicaron y te mandan para la casa NO te dicen: -“Vaya, cuídese!” Nooo...! Te golpean la espalda y te dicen: -“Hasta pronto!” -porque saben que vas a volver...

Y en lo que es salud pública, como él planteaba, siguen el análisis del alcohólico y en ese seguimiento se hace algo tan importante pero que llega hasta ahí, tiene un límite, la ayuda profesional. Y saben por qué? ¡Qué hermosa expresión que virtió ese técnico, no?!: me decía: -“Por qué el alcoholismo”, exclusivamente él que trabajaba en la patología del alcoholismo, me decía: “-EL ALCOHOLISMO ES UNA ENFERMEDAD DEL ALMA; Y LA MEDICINA NO CURA EL ALMA”.

Entonces nuestra función acá, el trabajo nuestro es orientar a la persona a encaminarse hacia la aceptación y cómo sostener la rehabilitación de la ingesta de alcohol. Tiene un precio: todo alcohólico que se recupera... yo siempre les hago recalcar esto: -“Cuando te den ganas de tomar, acordate de tu última borrachera... cómo te fue?” Y esto es cotidiano! Y es tan... nosotros. Esto yo lo aprendí otra vez de este profesional que nos alentaba de que el alcohólico no necesita tener problemas para ingerir y tener una recaída, que si no sabe las consecuencias que tiene lo que ha generado esta enfermedad en él, lo que genera esta patología del alcoholismo en su mente y su organismo; si no intenta asesorarse y conocerla; es común ser presa fácil de tener una recaída. -“Y no se olviden de esto” -nos decía- “que uds. padecen una enfermedad de la que no se curaron”. Claro, toda esta orientación que nos dio este profesional coincide conmigo: yo la sigo teniendo, es la herencia que nos dejó esta

enfermedad. Yo creí habiéndome hecho estudios que podría ser otra cosa esta patología...pero no! Yo sigo sosteniéndome a veces contra los síntomas de esta enfermedad. Les voy a dar ejemplos: en nosotros la marcha de la recuperación consiste en que vamos a tener borracheras físicas, **borracheras secas** físicas. Qué es eso? Y... vas a andar desganado, es psicológico, el cuerpo, el coco; no te olvides que la desintoxicación nos lleva a nuestro físico a comprometerse... así va a pasar: vas a tener borracheras secas psicológicas. Y eso cómo es? Vas a ver confusiones, sensaciones de que estás y no podés escuchar, tardío en acordarte cosas. –“Eh, qué es, una demencia? No!, no... la borrachera seca es pasajera; demencia es otra cosa! También forma parte del alcoholismo: demencia, psicosis (trabajo acá de la Dra.; voy a ser breve así ella puede hablar...). Y claro, otros ejemplos,uds. van a sentir temblequeo en las piernas y ahí les va a doler un poco el estómago... etc.”

⟨fragmento 5⟩

Qué calorías?” –“Y, cuántos años estuvieron uds. al cuerpo echándole azúcar!?” –“Cómo azúcar?” –“Y, sí, ese alcohol que tragás es azúcar...se transforma en azúcar.” –“A ver, el que es alcohólico es diabético?” –“No; todo lo que uds. consumían que era vino, cerveza, etc. es azúcar!” –“Y a ese organismo vos lo desintoxicás de su ingesta y la va a seguir pidiendo, el organismo pide esas calorías.” Por ello es útil que ante esa ansiedad el enfermo “...y el cuerpo les va a pedir; y esto a muchos les va a pasar, siempre va a haber un despertar de ansiedad para tomar. Claro, uds. tuvieron su organismo adaptado a unas calorías... Y uno está en desventaja cuando no tiene conocimiento sobre este tema... –“consume dulce de membrillo o similar. Bueno... vieron como a veces es clave el asesoramiento?”

JULY SANZ: “- Permiso Raúl, quiero preguntarle específicamente cómo trabaja Ud.; cómo se juntan, quiénes van, a quién acompañan, como llegan a ese espacio grupal, lo

que se habla ahí; más todo lo que Ud. hace el resto del día aparte de lo del grupo que es un momento: las pensiones, los acompañamientos, las otras tareas, etc.?”

RAUL CALDERERO: “Muchas veces el sistema que uno arma... Uds. saben que hay muchas personas que no quieren frecuentar el grupo... y no porque no quieran frecuentar el grupo les vamos a negar la atención. Yo tengo muchos compañeros con los que lamentablemente me he enfrentado. Yo digo: lamentable para él; que cuándo se va a decidir darse cuenta que hay que encarar las cosas como hay que encararla. Mucha gente que no quiere frecuentar el grupo yo voy a la casa de ellos, que tengo las horas de la tarde para eso. Muchas veces mi accionar es permitido ya que, como yo hoy les explicaba, uno se ha ganado una reputación en estos años y tantos trabajando esto.

⟨fragmento 6⟩

➤ **APOSTILLAS de la DRA. MARÍA JULIETA SANZ**

“Solos los alcohólicos no vienen. Son escasísimos los casos que vienen a querer dejar de tomar, generalmente lo trae la familia. Pero hay casos de alcohólicos conocidos nuestros que a veces parecen tomar esta decisión; siempre hay que escucharlos. A veces esa decisión es muy mentirosa y a veces de verdad. Y ahí hay que ayudarlos. Entonces lo importante es que hay que escucharlos. Y ahí está lo complejo de ver su nivel de decisión.

A veces están tan mal tomando que ni siquiera pueden ir a comprar y hacen la abstinencia en su casa. Se sienten muy mal por los síntomas de abstinencia y ahí piden internación. Cuando están lúcidos hay que ver si hay decisión de dejar de tomar. A veces es muy difícil cómo nos plantamos nosotros. Pues si la decisión no está, la internación sólo sirve para que coman mejor, se den una ducha de agua caliente, y después salgan y consuman alcohol. ¿Y qué cambia? Y es un gasto grande para salud, tanto económico como energético... e

ineficiente. Aunque por supuesto que es un ciudadano que aunque vuelva a tomar evita morir prematuramente y el dinero del pueblo merece ser gastado en el pueblo, verdad? Con respecto al ABUSO de sustancias psicoactivas como el alcohol etílico se necesitan políticas de APS + medidas punitivas y legales. Con respecto a las primeras ponemos como ejemplos talleres y charlas en la comunidad general y en las escuelas, difusión de información y campañas específicas en medios de comunicación, etc. Las mencionadas medidas son recomendaciones de la OMS y se observó en el primer mundo que son las que más redundan beneficios en la reducción del consumo y menor impacto nocivo en la población, como ser: que no pueda haber bocas de expendio de alcohol muy cercanas entre sí, o que se venda sólo hasta determinada hora; esto se logra debido al control de la venta de alcohol.

Ahora voy a hablar de los distintos cuadros nosológicos que se relacionan con el alcohol etílico:

EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ. No sólo por el alcohol aparece; hay gran cantidad de causas. Nos ayuda en pueblos chicos que sabemos quién es el usuario que tenemos enfrente. Con un desconocido es muy difícil, no sabemos qué le pasó (no teniendo vecinos ni familia que nos diga que pasó, es muy difícil). Los cuadros por el alcohol y otros cuadros se entremezclan mucho y es difícil diferenciarlos. Hay que interrogar a los compañeros que los traen. Ante una excitación psicomotriz pensar en descartar **sme. confusional o delirium** debido a:

Enfermedades Cerebrales: tumores, infecciones, ACV, tóxicos. Insuficiencias de órganos: respiratoria, cardiovascular, hepática, renal, adrenal, etc.

Traumatismos: ojo que los TEC se ven mucho en alcohólicos y a veces no se diagnostica un hematoma subdural

confundiéndolo con la desinhibición de la conducta que presenta un alcoholizado.

Infecciones generalizadas: con smes. Confusionales por la noxa en sí o por el aumento de temperatura.

Alteraciones metabólicas: hiponatremias, hipoglucemias, alteración del calcio, enfermedad tiroidea en + ó - no compensada, etc.

Otras

Habrà que realizar en amplio espectro desde laboratorio general hasta imágenes del SNC, etc. Pero lo que no se puede dejar de hacer es **pensar este diagnóstico diferencial** y descartarlo, si no es mala praxis.

COMA ALCOHÓLICO. Puede llevar a depresión y paro respiratorio y muerte. Por aquella razón no dar benzodicepinas pues potencian el cuadro por sus efectos como relajantes musculares. Son de manejo clínico complejo en UCI. No los he visto en dependientes al alcohol. Sí se ve frecuentemente en adolescentes y jóvenes con abuso de alcohol e intoxicación aguda alcohólica.

INTOXICACIÓN AGUDA ALCOHÓLICA. Ante este cuadro en que la persona presenta aliento etílico, incoordinación motora, desinhibición y severos cambios conductuales hay que realizar: hidratación, reponer los electrolitos que falten, abrigarlo, colocarlo en ambiente protegido, fomentar una actitud para que nos tenga confianza (acercarnos para ayudarlo) no gritando y no dando sermones, cabecera a 45° y posición lateral de seguridad (para que no se aspire vómito).

ENFERMEDAD DE WERNICKE. Cuadro neurológico agudo con ataxia, nistagmus, etc. que se da por el déficit de absorción de la vitamina B1 (tiamina) en el intestino delgado por el efecto nocivo del alcohol sobre el mismo. Tratamiento: tiamina en dosis de 500mg c/8hs por 3-5 días, luego 500mg/día por lapso

similar y luego de remitido cuadro dosis de B1 de mantenimiento.

DEMENCIA KORSAKOFF. Demencia sin retorno con amnesias lacunares con fabulaciones de relleno etc.

SME. DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL. Hay que aportar vitamina B1 (tiamina) para prevenir la aparición de Sme. Wernicke-Korsakoff, en dosis de al menos de 100 mg/ día comenzando parenteral. Dar carga de tiamina ANTES de colocar plan de sueros con dextrosa pues ésta puede precipitar en alcohólicos un cuadro agudo de Wernicke. En caso de cuadro neurológico, sospecha de Wernicke o consumidor muy pesado de alcohol se postula tratamiento en dosis mayores como las que se usan para Enfermedad de Wernicke La dosis de mantenimiento en alcohólicos se sugiere 100mg/día vía oral durante un año. Además hay que reemplazar los sitios cerebrales que ocupaba el alcohol a los fines de prevenir la aparición de este sme. de abstinencia con benzodiazepinas (clorazepatodipotásico droga de elección, o lorazepam –que no se metaboliza en el hígado dañado de estos enfermos-) en dosis de...
< aquí finaliza el fragmento 1 >

Podemos resumir entonces que ante un paciente excitado en guardia debemos descartar cuadro clínico u orgánico (ej: pérdida de Na⁺ ó K⁺ con suero solucionamos el problema, sin tener que dar drogas específicas psicolépticas como haloperidol-lorazepam). Si está con excitación psicomotriz tratar de ver la causa; si estamos seguros que es por alcohol entonces de ser posible esperar un tiempo cuidadoso a que se elimine el tóxico etílico. Si la ingesta fue reciente se puede realizar lavado gástrico.

Le toca hacer esto al Médico Generalista o al Clínico Médico, aunque desde salud mental tratamos de trabajar en conjunto con ellos. A veces nos hemos peleado mucho que si las

primeras 48hs son de ellos o no; y ahora creo que hemos llegado a un ideal: lo ingresa el que lo ingresa; si quiere pide una interconsulta, lo atendemos en forma conjunta; si yo veo que no necesito no los hago trabajar demás... nos hacemos cargo todos. Pues NO es un problema de Salud Mental, obviamente, ni siquiera dentro de un hospital! ¡Es de todos! Por ello es imprescindible que el Hospital General en todas las ocasiones responda a la atención del enfermo alcohólico, siempre Salud Mental allí con la responsabilidad de provocar, promover y coordinar las acciones del Estado brindando equidad y garantías de derechos hacia los que más sufren, muchas veces vulnerados por los prejuicios con que se tratan en algunas guardias y otros ámbitos institucionales a los alcohólicos... Se debe trabajar aun para poder hacer un abordaje conjunto, pero sin perder la oportunidad de ingreso cuando el que está operando ahí es el personal de la guardia general activa (médicos y enfermeros).

Tratar (si se puede) de no dar ninguna medicina; pero si lo tenemos rompiendo todo con un policía al lado, pegándole al policía, elegimos como droga patrón Haloperidol I.M. ...

«fragmento 2, aquí se corta la grabación de estas jornadas...»

TESTIMONIOS

- **De Adriana, psicóloga:** “Yo aprendí de Raúl a sacarse el ego de encima y ponerse a escuchar al otro para ayudarlo en su sufrimiento. Su compasión, sus ganas de ayudar siempre al otro.”

- **De Malena Moreno, psicóloga:**

“De Raúl aprendí el compromiso de otorgar valor a la palabra del borracho. Dignidad.

De Raúl aprendí el compromiso de otorgar valor a la palabra.
Testimonio

De Raúl aprendí el compromiso de otorgar valor. Alojar, dar crédito, fortalecer

De Raúl aprendí el compromiso de otorgar. Solidaridad.

De Raúl aprendí el compromiso. De aprehender y hacer en lo comunitario.

De Raúl aprendí. Y seguiré aprendiendo.

Hasta siempre compañero”.

- **De Bárbara, usuaria:** “Yo llegaba y Raúl estaba sin llave de la puerta, esperando. Después llegaba Silvia ponía la pava y el mate y él “no!”, te decía, no te convidaba. Me dejó tomar mate en el pasillo... Si no decía que había que ir a tomar mate a la plaza. Para que los chicos reaccionen los sacaba de los bancos donde dormían. Mirá si sería importante eso que hacía que Juan Carlos lo copió en el tren y le pidió a un compañero (profesional) que libere el pasillo... Raúl dejó enseñanzas muy importantes a los alcohólicos. En vida y en muerte. Ser escuchados hasta el final: murió trabajando. Al morir trabajando deja una impronta de lo luchador y lo perseverante y que las casualidades no existen.”

- **De Tito, usuario:** 19/02/2016, en el tren de Viedma a Bariloche. “Viajamos a Viedma. Subí al tren tomado, con mi amigo Raulito. Él me dijo: -“Si vos no vas, yo no voy”. Subí al tren con la esperanza de festejar mi cumpleaños y mi amiguito Raúl me dijo: -“Si vos no vas, yo no voy”. Voy a hacer una oración para que descanse en paz.”

- **De Ramón, operador:** “Raúl, estás en cada uno de nosotros, no podemos pasar por alto tu legado, ignorando lo mucho que dejaste de vos en cada intervención en grupo, en domicilios, a solas con el otro, tus palabras, tus gestos, tus silencios, tu mirada y aún tus ausencias dejan un claro

mensaje y frases como –“Es un enfermo” ó –“Es nuestro trabajo” ó –“Es humano”. Esto habla de cuánto debemos poner nosotros para con el otro. Y vos lo hiciste. Raúl, gracias por tus intervenciones y por tu persona que entre lo enigmático y lo ofuscado a veces, y lo permisivo en otras, generaste una normativa en el tratamiento ambulatorio de los usuarios.”

- **De Felipe, residente:** “Tardó en habilitarse conmigo... y vi la otra cara más chistosa y fraternal y de chascarrillos. Durante la internación del sr. A.M. hubo que hacer una salida a su casa, visita, 300-400 mts. hacia arriba... empecé a correr para llegar a la casita ya que Raúl me mandó a ver dónde era. Luego de averiguarlo empecé a bajar hasta donde estaba Raúl y llegué al auto. Pensé que Raúl se volvió (no lo encontraba). Y cuando estaba por llegar de nuevo al domicilio lo vi: caminando lento, despacio, a su tiempo, para finalmente llegar a la casa. Lo observé muy dedicado a lo que hacía. Lo que hacía lo hacía, que no es poca cosa. Luego compartí con él momentos recreativos (cartas, anécdotas, etc.). Era una persona que comprendía muchísimo al otro. Era muchísimo más bueno que lo q demostraba con la cara.”

- **De Aníbal, extraordinario trabajador de la SMC rionegrina:** “Si a Raúl Calderero lo enterramos junto con Matilde*, habría que ver cuáles son nuestras prioridades.”

*Nota del autor: Matilde fue su abnegada esposa, a la que Raúl no pudo dedicar todo el tiempo que hubiese querido: en sus años mozos porque se alcoholizaba constantemente; posteriormente por su ardua y prolongada tarea de ayudar a los que padecían terribles problemas por el alcohol. Luego del

fallecimiento de ella ocurrido algunos años atrás Raúl estuvo desconsolado, navegando por la vida como ánima en pena hasta que él mismo muere.

RAÚL CALDERERO: Reflexiones sobre cómo encarar el alcoholismo en la Pcia. De Río Negro? SAO, 12/03/2009

Compañero de redacción: Roberto Irigoyen Testa

1) **RECURSOS:** Presupuesto propio. RRHH de gente dedicada a esto.

Hoy con qué recursos propios locales podemos contar? Los grupos de alcoholismo pueden tener una caja chica donde se colecten fondos para ayuda social y de otras índoles para los integrantes de GIA (sugiero que ya tengan al menos base de recuperación de varios meses a un año para recibirla pues hemos construido casas para gente recientemente en abstinencia que volvieron a chupar, quedándose con las casas construidas por el grupo...).

2) **FORMACIÓN:** Retomar una formación recalando algo que perdimos: la contención e incentivos en Encuentros Provinciales de coordinadores de alcoholismo, trabajadores en alcoholismo, y recuperados que colaboren ad honorem. Esta pérdida del encuentro la comento con el sentimiento amargo y triste por ser uno del grupo de los primeros en trabajar en esto... Si fuese necesario que cada GIA de cada localidad genere sus propios recursos económicos (rifa, etc.) para pagar el colectivo a un par de representantes para asistir a estos eventos... vamos!, pero generen el espacio de participación... Da bronca: porque es la unión de estrategias de trabajo de un EQUIPO lo que puede darnos la fuerza y eficacia en esta tarea dura de recuperar personas que padecen alcoholismo.

- 3) PONER EL CUERPO en horas de estar en la situación problema... y dejar los discursos baratos y de retórica que reflexionan y elucubran “cómo” pero no hacen.
- 4) CÓMO ENCARARLO? Están los RRHH pero cómo los activamos? Así como SAO se arremangó a través de un RRHH con compromiso para abordar la patología del alcoholismo, que se comprometan los distintos lugares que también perdieron los grupos y que hagan 1 grupo de alcoholismo por cada servicio de salud mental que exista en la provincia; que si existe servicio de salud mental comunitaria, ineludiblemente exista grupo de alcoholismo, que aborda la patología de mayor prevalencia en salud mental.
- 5) COMPARAR... Los problemas de los individuos no se comparan, son otros... Los profesionales tienden a “comparar”, clasificar y agrupar... cuando el abordaje debe ser individual, con lo que a esa persona le está pasando.
- 6) SOBRE LOS GRUPOS de ALCOHOLISMO: el espacio grupal debe ser cuidado “a muerte”, no importa tanto si es AA (modalidad que yo ejerzo) o GIA, o si tiene dentro profesionales o familiares pero que esté. No puede dejar de ser sostenido... el espacio siempre tiene que estar abierto y funcionando al menos 1 vez x semana. SIEMPRE. Pues la comunidad lo necesita y es clave su presencia para el sostenimiento de la abstinencia, día a día. Idealmente es importante que las personas que padecen alcoholismo tengan instancias cerradas entre ellos (con o sin profesional dentro) y que algunos encuentros se hagan abiertos con participación de los familiares. También los familiares pueden tener espacios de encuentro grupal entre ellos. Sugiero separar en otro grupo las adicciones a otras sustancias, tipo

formar grupo de Narcóticos Anónimos (alguien del otro grupo puede “apadrinarlo” para ayudar en su formación). Esto es debido a que ambas adicciones transcurren por rectas similares... pero paralelas... se encuentran en el infinito... y es necesario que cada grupo tenga su tiempo de trabajo específico en la temática que aborda... sino los discursos se pisarían como en un gallinero, intentándose uno imponerse al otro.

7) **SOBRE LOS COORDINADORES DE ALCOHOLISMO:** la coordinación del grupo se puede ir rotando entre sus integrantes (una reunión uno, otra otro) hasta que aparezca un usuario recuperado con liderazgo para esa función con al menos 1 año de base de abstinencia. Con todos los que están en proceso de recuperación se puede ir a realizar visitas domiciliarias para rescatar a otros con menor tiempo de abstinencia al alcohol, ir a escuelas a dar ante los chicos su testimonio, ir a los medios de comunicación (consultarles si lo desean, no forzar a ninguno a la exposición pública)

Opinión sobre “Reflexiones sobre cómo encarar el alcoholismo en la Pcia. De Río Negro?” de Raúl Calderero, 12/03/09

Por A.C.E.R. “Vida”, 14/03/09

Estamos de acuerdo con su escrito en líneas generales. Ver qué es lo que está sucediendo en los lugares donde no existen grupos de alcoholismo.

Sería oportuno que hubiese un Programa Provincial de Alcoholismo con 1 recuperado como Coordinador.

Sería ideal que contase con presupuesto propio, aunque vemos como un problema que no haya financiamientos de este tipo.

Crear la figura de “Coordinador de Alcoholismo” (desde la Ley de Salud, como un trabajador asistencial), que pudiese trabajar en cada localidad. Preferentemente un recuperado

de dicha enfermedad. No debiera ser un obstáculo que no posea o tenga incompletos los estudios secundarios.

En todas las Reuniones Provinciales de Salud Mental Comunitaria que haya un espacio reservado para el encuentro de los coordinadores de alcoholismo.

Agrupación Comunitaria de Estudios Rionegrinos “Vida”

Nota 01/09 “ACER”

PD: El texto del Sr. Raúl Calderero queda a disposición en “Carpeta de artículos de interés”, analizados por ACER “VIDA”

CONSTRUCTORES del CAPÍTULO



AUTORES:

- ✓ Mario Raúl Calderero
- ✓ María Julieta Sanz
- ✓ Roberto Hipólito Irigoyen Testa



COLABORADORES:

Fabiola MacchiaCaschel y Guillermo; Pablo Andrés Franco; Eliseo; Guido; Norma Danielian; Eduardo Díaz; Bárbara Claverie; Adriana Iribarren; Malena Moreno; Héctor Roberto “Tito” Zúñiga; Ramón Domínguez; Felipe Lucarella; Aníbal Gutiérrez; Pepe; Mariana Paulín

DEDICATORIA

Dedicado a los amigos fallecidos en la lucha por hacer un mundo mejor mientras que escribíamos este libro: **Mario Raúl Calderero** († 19/02/2016) y **Pablo Andrés Franco** († 22/03/2016).

CIERRE FINAL

2016. Comenzado el 22 de febrero, 3 días después de la muerte de Raúl. Finalizado el Viernes Santo, 3 días después de la muerte de Pablo.

LA ESCUELA COMO ESPACIO DE VIDA Y HABILITADORA DE SENTIDOS. ALGUNAS IDEAS ACERCA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA

Lic. Soledad de Caso

“¿Estudiantes Extraños?”

¿Qué realidades acontecen hoy en la escuela?

Cada vez con más frecuencia recibimos la noticia de que jóvenes “usuarios de Salud Mental”, muestran interés en completar sus estudios. Algunos de estos jóvenes se encuentran en un entorno que no resulta ser muy facilitador, con una red socio-familiar que no puede brindarles el acompañamiento o apoyo que necesitan. Es ocasiones su nivel socioeconómico resulta poco favorable y es probable que se les dificulte considerablemente su posterior inserción en el mercado laboral.

Por lo general cuando estos jóvenes comienzan su escolaridad son considerados “usuarios de Salud Mental” y cargan con una “mochila” que tiene nombre de patología.

No es raro que cuenten con pocos o ningún espacio para “ser y estar con otros”, sin poder pensarse en un futuro,

resolviendo su porvenir, o construyendo una suerte de proyecto de vida... más bien se encuentran bordeando la muerte, el sin-sentido, el desamparo, el aislamiento; quizás buscando alguna marca, alguna señal, algo a que asirse, algo a que afiliarse, que los enlace y sostenga en este mundo que hemos construido.

En un documento del Ministerio de Educación¹⁷ decía: “el trabajo de enseñar, hoy más que nunca, se presenta como un desafío que nos invita a reflexionar sobre los niños y jóvenes que están en las escuelas. Pareciera que nada es como era... o como imaginábamos que debía ser.”

Antes no era común que los jóvenes que portaban un rótulo que los fijaba a la locura o la discapacidad estuvieran en la escuela, como ocurría con muchos otros jóvenes, también quedaban fuera del sistema educativo.

Las instituciones educativas parecen verse amenazadas en su identidad frente a esos estudiantes que resultan “extraños”. Cuando los que ingresan son muy diferentes a ese “estudiante ideal” esperado se produce una tensión entre lo que este estudiante es y lo que la escuela espera o exige de él, comienzan a cuestionarse los viejos mandatos y presupuestos respecto al rol del alumno y del docente, a cómo debe mostrarse y que conductas deben tener en cada circunstancia educativa, como debe funcionar una clase, cuáles son sus características, lo prohibido y lo permitido, lo tolerable y los inadmisibles. Esta tensión que surge conduce a resistencias y dificultades en la construcción de una relación pedagógica saludable que dé lugar a procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Los educadores pueden sentirse desbordados frente a esas realidades que se nos presentan y nos dejan sin palabras,

¹⁷ Dto. de Capacitación. Dirección Nacional de Gestión de la Educación. Ministerio de Educación de la Nación (2009) Del alumno ideal al alumno real: lo que puede la escuela hoy "Año de Homenaje a Raúl SCALABRINI ORTIZ"-

impactando en forma significativa en la capacidad de pensar a los niños y jóvenes en un futuro, e imaginarles diferentes destinos.

Estos nuevos escenarios constituyen un “algo que irrumpe” y nos confronta con la necesidad de transformar nuestras miradas, construir nuevos y diferentes vínculos, modificar estrategias pedagógicas e institucionales, abrir caminos, y diseñar nuevas formas de enseñar.

Aportes para construir nuevas miradas desde la Salud Mental Comunitaria

Los seres humanos somos seres sociales, y solo podemos concebirnos existiendo con otros. Y justamente, es de estos otros que necesitamos las señales que nos permitan acceder al conocimiento y la participación “en” y “del” mundo. Desarrollar nuestro protagonismo en lo social y cultural es la manera que quizás parece más ingenua... o más obvia... pero es también la más apropiada para promover y restituir algo de la salud.

En el texto “Nuevos Trabajos en Salud Mental” de J. Schiappa Pietra se hace referencia a la siguiente definición de la salud mental (utilizada por los miembros del Instituto Rionegrino de Salud Mental y pensada por Vicente Galli): “...es una manera de estar, de ser, de relativo equilibrio e integración de los elementos constitutivos de las personas - sujetos de la cultura - y de los grupos, instituciones y comunidades; con crisis previsibles e imprevisibles en las cuales esas personas o agrupaciones participan activamente de sus propios cambios y en el de su entorno social, a través de una adaptación activa a la realidad”. Por lo cual podemos pensar que cuando nuestra salud mental se encuentra afectada en forma significativa comienzan a surgir obstáculos para aprender, aprehender y vivir la cotidianeidad. Vamos perdiendo la capacidad de producir e inventar, de transformar y transformarnos, de habitar lugares y ejercer funciones como seres grupales y comunitarios. Nuestra capacidad de

construimos a nosotros mismos como sujetos humanos sanos queda limitada y ya no podemos proyectar, encontrar, crear e intercambiar sentidos, dejando de aportar a la dinámica de las agrupaciones en las que participamos.

Todo lo que nos acontece requiere de nuestro trabajo personal para alcanzar cierto equilibrio y también, de alguna manera, de la colaboración de otros que apoyen nuestros esfuerzos.

Más allá de lo diverso de las subjetividades con las que tratamos, cada persona ES en grupo, por lo tanto cuando hablamos de la salud de un sujeto siempre nos estaremos refiriendo a los grupos en los que participa, las instituciones que lo organizan y las comunidades a las que pertenece.

Un espacio social es un espacio propicio para compartir, en el que pueden generarse encuentros que podríamos definir como “humanizadores”, dado que es compartiendo como comenzamos a hacernos socialmente humanos. Se “ES” en grupo, de acuerdo a lo que ese espacio habilita a ser.

La creación de espacios institucionales posibilita los intercambios con aquellos otros considerados “extraños”, “otros distintos a mí”, por lo cual, la escuela se constituye en un espacio propicio para este tipo de intercambios. En cada encuentro interpersonal, estamos obedeciendo a normas de comportamiento, y generando transferencias recíprocas de influencias.

Aquel que padece un apartamiento institucional y es privado de estos intercambios cae en la marginalidad, y para la comunidad, en algún aspecto, se volverá irremediabilmente extraño, ajeno, fuera de lo real, desconocido y quizás hasta invisible... casi “inexistente”. Y solamente podemos salir de la marginalidad cuando somos “vistos y reconocidos en nuestra mismidad”.¹⁸

Entonces... promover la salud mental puede reducirse, en último término, a promover encuentros... encuentros

¹⁸ José Schiappa Pietra “Nuevos trabajos en salud mental”

subjetivantes, encuentros que generen ligazón con la vida y con los otros significativos, encuentros que otorguen sentidos y existencia.

Uno de los objetivos primordiales de los que trabajan en Salud Mental Comunitaria apunta a la recuperación de la capacidad de construir significaciones y habitar el espacio comunitario con el mayor grado de plasticidad y autogestión posible, desplegando su proyecto vital en el devenir. Por lo tanto, si la escuela es un espacio de encuentro con otros, un espacio de aprendizaje donde los sujetos devienen alumnos, y encarnan funciones institucionales ¿podemos pensar en la escuela como un ámbito privilegiado para desarrollar prácticas subjetivantes que promuevan la inclusión social y educativa?

La escuela como espacio de inclusión social y educativa

“Una educación es de calidad cuando logra la democratización en el acceso y la apropiación del conocimiento por parte de todas las personas especialmente de aquellas que están en riesgo de ser marginadas. La inclusión educativa se ve más como un enfoque de la educación que como un conjunto de técnicas educativas”

La educación inclusiva constituye una aproximación estratégica diseñada para ofrecer una educación de calidad para todos. Apunta a trabajar sobre las barreras para el aprendizaje, posibilitando la participación de todos los niño/as y jóvenes en la vida y el trabajo dentro de sus comunidades, disminuyendo y superando todo tipo de exclusión desde una perspectiva basada en los derechos humanos (UNESCO 2005).

Teoría Comunitaria la inclusión social implica que la persona humana pueda ser capaz de ejercer influencias significativas y de sentido, y esto alude al ejercicio de Poder, a que las personas encuentren espacios de poder que se sostengan en el tiempo, a que puedan desarrollar proyectos vitales propios en su comunidad, que puedan ser admitidas en diferentes

espacios sociales, que puedan ser reconocidas como personas capaces de significar y definirse a sí mismas, que puedan transitar los espacios comunitarios con flexibilidad, que no queden fijadas con un rótulo a una sola referencia rígida y absoluta, que puedan vivir dignamente.

Enseñar en una escuela que propicie la inclusión social y educativa es una tarea que genera dilemas sumamente complejos. Muchos de los problemas educativos que surgen en la práctica no se resuelven con la sencilla aplicación de alguna técnica determinada. (Schön, 1992). Justamente porque estos no son ni unidimensionales, ni previsibles, ni precisos, ni neutros éticamente hablando, sino que, por el contrario, son multidimensionales (con implicaciones psicológicas, biológicas, familiares, sociales, económicas y morales entre otras), inciertos (en cuanto a la respuesta más adecuada para resolverlos), y además se encuentran frecuentemente subordinados a conflictos de valores (en cuanto a poder definir lo que es bueno y deseable para cada sujeto en particular), imprevisibles, únicos, poco generalizables y aparecen en forma simultánea con otros problemas.

Permanentemente, estamos siendo alterados y desorganizados por variados estímulos (físicos sensoriales, imaginarios, emocionales, etc.). La vida nos conduce a construir y fijar un camino mientras intentamos responder y acomodarnos a los mandatos de la naturaleza y de la cultura. Toda intervención que afecta la vida de un sujeto genera incertidumbre y ansiedades, trabajar con personas implica trabajar con la complejidad, con la duda, con el cuestionamiento constante, con lo inesperado.

La construcción de prácticas subjetivantes debe estar sustentada en un posicionamiento ideológico, ético y político. Una práctica humanizante, en cualquier ámbito, pone en juego valores morales, y trata acerca de la relación sensible que se establece entre los sujetos, donde cada uno es reconocido como un semejante en un encuentro dialógico en

el que están presentes todas las dimensiones de su ser histórico y social.

La educación es una práctica constructora, deconstructora y reconstructora de cultura. Una “intervención didáctica” constituye una acción intencional que apunta al desarrollo integral de los educandos, y es concebida como una “práctica social” en el sentido de que la producción y reproducción de conocimientos afectan y pueden generar transformaciones en la vida de los sujetos, sus valores, expectativas y creencias.

Dichas intervenciones transcurren en un devenir de construcción y reconstrucción constante, en el que debemos reconocer nuestra propia ignorancia acerca de cuáles constituyen los caminos que deberán recorrerse con aquel estudiante que inicia una trayectoria educativa.

Ese sujeto que comienza a transitar su escolaridad necesita que lo acompañemos en el desarrollo de su capacidad de construir significaciones y sentidos en la realidad de la vida cotidiana. Somos responsables de crear oportunidades para habilitar la palabra a los niños/as y jóvenes en la definición de su proyecto educativo, gestando condiciones para el crecimiento de su autonomía como sujetos de derecho.

Para R. Baquero la educabilidad no es algo dado, sino que es una construcción histórica y social. Devenir “alumno” implica un proceso de subjetivación que se desarrolla con otros, y en el que, paulatinamente, se intercambian saberes, y se transmiten expectativas y normas institucionales. El educador y el educando atraviesan juntos espacios de confrontación entre lo instituido y lo instituyente, entre lo que se “trae de casa” y lo que la institución propone, permite, tolera o prohíbe. El orden institucional tiende a normatizar con el fin de que todo se vuelva predecible. El hecho de que todo lo que suceda quede por dentro de la organización y refiera a los fines de la misma, proporciona significado y refuerza el sentimiento de familiaridad con lo existente. Los niños y jóvenes necesitan de un adulto que medie para simbolizar la realidad, un otro que mantenga cierto grado de integralidad

para situar en una trama significativa aquello que irrumpe, que permita a los jóvenes acercarse a esa realidad sin sentirse arrasados por ella, que sostenga y posibilite el acceso a las pautas y normas y procure una enseñanza culturalmente relevante, que habilite espacios de protección, en los que se puedan generar las condiciones necesarias para subjetivar la rudeza y todo eso irracional de lo que sucede en la vida, que atempere el sinsentido, que aloje y ampare. Para Schön ser docente debe entenderse como una actividad reflexiva y artística.

Como dice P. Zelmanovich: “La organización de la escuela como “lugar de vida” puede ayudar a los jóvenes a transitar sus personajes. La escuela puede ofrecerse como resguardo porque tiene la posibilidad de mediar los saberes, con los pinceles, la puesta en escena de una obra de teatro, con la cultura”.

El acto de enseñar proporciona espacios y tiempos que propician la tarea de hacernos conscientes de nuestra mutua dependencia y de la responsabilidad que nos cabe para con los otros, constituyendo una oportunidad para encontrar y transmitir sentidos juntos y habilitar a los sujetos para asumir un rol activo en la construcción de una comunidad que nos permita realizarnos como sujetos humanos y vivir nuestras vidas dignamente.

El objetivo de la enseñanza hoy apunta a facilitar el acceso de todo conocimiento a **todos**, a fin de que los sujetos puedan construir una visión del mundo, una visión de la realidad social en la que viven, que puedan descubrir, que puedan leer (“un libro o la vida”), que puedan reflexionar y formar parte, que puedan ser protagonistas, crear y renovar, pensar y hacer.

El desafío, entonces, consiste en lograr que las escuelas puedan ofrecer andamiajes significativos de referencia, para vivir la experiencia de “hacerse alumnos”, de “hacerse sujetos humanos capaces de un quehacer en su entorno y con los otros”.

En relación a esto quiero destacar el siguiente extracto de un encuentro con una persona que entre otras cosas es estudiante y usuaria de Salud Mental:

Ayer hablamos con S.... nos miró tranquila, cómoda desde su asiento en la sala de profesores donde estábamos reunidas... le preguntamos que quería hacer cuando termine el secundario... y con su mirada quizás un poco más brillante nos dijo... “seguir aprendiendo”.

Entre tantas idas y venidas, contratiempos, dificultades, adecuaciones, reuniones de equipo, y “demases” no nos dimos cuenta que S. se había convertido en estudiante. Nos quedamos pensativas... descubrimos que nos encontrábamos frente a un nuevo desafío... Ahora S. quería seguir aprendiendo...

Un día comenzó a participar de otros espacios y cumplir otras funciones. Comenzó a tener otros “lugares para ser y estar en el mundo”, comenzó a percibirse construirse como estudiante y también como trabajadora, y a partir de allí pudo pensar en un proyecto futuro apartando un poco la sombra del desamparo y la exclusión. Y la comunidad educativa también comenzó a percibir a S. de esa forma.

S. ya no se dejaba definir o limitar por rótulos, podía ser y hacer otras cosas, podía dejar de pensarse y ser pensada exclusivamente como paciente o usuaria de salud mental para transitar y jugar sus personajes en otros espacios. Y tan solo había que hacer lugar. Esto no significa que la escuela deba cumplir una función asistencialista o sanitaria, la escuela tiene encomendada una labor que le es propia ligada a la transmisión de conocimientos, valores y experiencias y es esta misma labor la que entraña el acto de alojar y cuidar. ¿Qué sería de la escuela y de los niños/as y jóvenes si estuviera, como dice E. Antelo, atiborrada de descuidados, colmada de ausentes e indiferentes?

La construcción de una escuela que albergue y “haga lugar” para todos los niños, niñas y jóvenes interpela la esencia misma de la educación, cuestiona a quién se le enseña, qué

se enseña, para qué y cómo se lo hace; y conduce a modificaciones substanciales de su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica.

El proceso de enseñanza nos lleva a pensar en las escuelas como lugares de potencia, como espacios privilegiados para que los alumnos tengan experiencias de aprendizaje significativas: “Enseñar para cuidar y proteger. Enseñar para torcer destinos que se nos presentan como inapelables. Enseñar para abrir nuevos horizontes. Enseñar para dar la palabra y para hacer escuchar la voz. Enseñar para ayudar a conocer el mundo y para hacer con él algo distinto. Enseñar, en definitiva, como acto de justicia, porque aprender es un derecho de nuestros niños y jóvenes.”¹⁹

En síntesis, las escuelas deberían comenzar a reconocer las diversas condiciones de partida de los alumnos no como deficiencias, no como puntos de llegada, no como destinos inexorables, sino como dimensiones para analizar y considerar en la construcción de estrategias que “abran la puerta a lo ignorado, a lo desconocido, a lo extraño”.

El rol de los equipos técnicos de apoyo pedagógico: interdisciplina, trabajo interinstitucional, método de reflexión-acción

En esta tarea de “hacerse alumnos y docentes” los equipos técnicos de apoyo pedagógico cumplen un rol fundamental. Y es imprescindible que no pierdan de vista la finalidad de su práctica: colaborar a la mejora de la calidad de la enseñanza y acompañar en la construcción de “modos de hacer y enseñar” que garanticen una educación para todos.

El asesor pedagógico, desde su núcleo profesional, aporta al diseño de estrategias cuyo fin es garantizar el derecho a una educación de calidad para todos (inclusión socio-educativa). Cuando se forma parte de un equipo interdisciplinario de apoyo pedagógico, cada disciplina debe converger

¹⁹ Documento de Ministerio de Educación de la Nación (2009)

organizando sus aportes a fin de comprender a los sujetos y las organizaciones-instituciones y sus complejas relaciones, generar y favorecer condiciones para enseñar y aprender, planificar y lograr continuidad en las trayectorias, tejer lazos entre escuelas y familias, propiciar condiciones institucionales que posibiliten pensar con otros nuevas formas escolares.

Piaget señala que “la interdisciplina hace referencia a la cooperación entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de una ciencia que llevan a interacciones reales, implicando una reciprocidad de intercambios que resultan en un enriquecimiento mutuo”. En ese encuentro cooperativo se activan y movilizan los diferentes saberes propiciando la construcción de un saber-hacer común. Por esto, la interdisciplina supone, permite y favorece el acercamiento de esferas de conocimiento que antiguamente funcionaban aisladas unas de otras. Es preciso que cada asesor y educador se forme y actualice en su propio campo de acción, puesto que cuanto mejor formación y experiencia desarrolle en su profesión u oficio mejor preparado estará para realizar sus aportes, contribuyendo al diseño de estrategias y dispositivos de mejor calidad y eficacia.

Desde la institución educativa pueden construirse diferentes condiciones de posibilidad (intra e interinstitucionalmente y comunitariamente) que optimicen las prácticas y puedan ser compartidas y replicadas en otros contextos generando nuevas formas de trabajo escolar y transformando y enriqueciendo el lazo social y la subjetividad.

Si bien el trabajo interinstitucional y comunitario, puede ser una práctica dificultosa (por particularidades institucionales, tiempos, desencuentros, ideologías personales, organización, propósitos, etc.) es factible generar espacios para pensar, diseñar y compartir estrategias con otros, trabajando articuladamente, cada uno desde su especificidad y marco normativo..

Como señala el Cuadernillo de Ministerio de Educación²⁰: “Las intervenciones y acompañamientos en estos espacios tan diversos requieren de apoyos institucionales, de trabajo con otros, de encuadres ordenadores, de escucha y circulación de la palabra, de la aceptación del conflicto y de la búsqueda de consenso”.

Los espacios de discusión, de intercambio, en los que surgen diferentes modos de pensar, de comprender y nombrar las situaciones y de construir dispositivos, propician la búsqueda de herramientas, habilitan nuevas miradas que se revelan y construyen en el diálogo interdisciplinario (intra e interinstitucional), evitando la cristalización y promoviendo una dinámica de trabajo situacional.

Estos intercambios también ponen en evidencia las peculiaridades de cada uno y los intereses que nos movilizan en relación a los propios campos de conocimiento. Estos encuentros también generan tensiones, de difícil manejo, que no es necesario ocultar, negar o evitar. La pluralidad de voces contribuye a desarrollar la capacidad de escucha y la construcción cooperativa de un saber colectivo, desde un diálogo crítico y constructivo y un posicionamiento ético y de responsabilidad profesional. El diálogo interno que se va tejiendo en forma simultánea con el intercambio constituye un indicador de crecimiento cognitivo. Las experiencias compartidas, las preguntas, las discusiones y acuerdos, las objeciones de otros, así impresionen, desconcierten, intranquilen, asombren o generen malestar quedan operando en la subjetividad de cada uno, extendiendo las reflexiones y elaboraciones en el tiempo.

Como dice P. Freire “Si los hombres son seres del quehacer esto se debe a que su hacer es acción y reflexión. Es praxis. Es transformación del mundo. Y por ello mismo, todo hacer del quehacer debe tener necesariamente, una teoría que lo

²⁰ “Los equipos de orientación en el sistema educativo” (2014) - Greco, Maria Beatriz, Alegre, Sandra; Levaggi, Gabriela

ilumine. El quehacer es teoría y práctica. Es reflexión y acción”

Justamente el método de trabajo que se implementa desde la salud mental comunitaria en Río Negro es el método de “Reflexión- Acción”. Dado que se considera que dicha práctica posibilita pensar, repensar y conceptualizar a la vez que se va haciendo. De esta forma la intervención acontece en un devenir de construcción y reconstrucción permanente.

Por lo tanto podemos confeccionar y continuar pensando en una forma de trabajo que sustente nuestras prácticas como asesores pedagógicos a partir de los siguientes elementos:

- Abordajes orientados a generar nuevas condiciones institucionales que garanticen la calidad educativa y el derecho de todos a la educación (inclusión socio-educativa)
- Construcción y fortalecimiento del trabajo en equipo generando un clima laboral adecuado desde un posicionamiento ético y profesional que promueva el respeto, la aceptación, la solidaridad, la cooperación, la comunicación, el crecimiento de sus integrantes, la confianza para expresarse libremente y lograr acuerdos y consensos.
- Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: diálogo entre disciplinas, construcción colectiva de un saber-hacer común, intercambio de experiencias, articulación de acciones
- Formación y actualización profesional
- Registro de experiencias
- Uso del método de Reflexión-acción: dado que nuestra tarea linda con lo artístico y lo artesanal, y no contamos con un saber-hacer previo desconociendo el resultado que tendrán nuestras intervenciones en cada situación que se presenta, debemos ejercitar la reflexión acerca de nuestra práctica: interrogar nuestras maneras de concebir a los sujetos, a la escuela, al sistema educativo, nuestra formación profesional, nuestra implicación, nuestras intervenciones, nuestros diseños y estrategias. De esta forma podremos evaluar los efectos y la necesidad de realizar modificaciones o continuar con lo programado, en función del

objetivo que orienta siempre nuestra acción: que todos puedan acceder a una educación de calidad (inclusión socioeducativa). Teniendo en cuenta el método de trabajo utilizado en salud mental, es válido recordar que al finalizar las reuniones de reflexión de un equipo hay tres componentes que deben quedar claramente definidos: 1) Qué es lo que se va a realizar y con qué objetivo (la tarea con sus requerimientos), 2) Quién/es la va/n a desarrollar (o sea el/los responsables de ejecutarlas), 3) Qué resultados, efectos, dificultades, se observan en su realización y cuándo se realizará dicho análisis (la evaluación futura con su tiempo y espacio)

Pensar con otros, trabajar en equipo con aquellos que quieren contribuir y crear “espacios que alojan”, diseñar estrategias, desarrollar métodos de trabajo, intercambiar experiencias, propiciar el encuentro desde el respeto a la diversidad, considerar las singularidades, abrir posibilidades, pueden constituirse en pilares para la construcción comunitaria y conjunta de una educación para todos.

Con estas pocas ideas para pensar el camino transitado y a transitar en la tarea de asesoramiento, comparto esta frase de García Linera (2014): “...habrán victorias temporales y derrotas hirientes que nos obligarán a conseguir nuevas victorias y así hasta el infinito, hasta que el tiempo histórico conocido hasta hoy se detenga, se quiebre y surja uno nuevo, universal, de los pueblos del mundo en el que el bienestar de la humanidad sea el producto consciente y deseado del trabajo de todas y todos.”

Bibliografía:

- Alliaud, A; Antelo E. Y Otros (2009) - Los Gajes del Oficio. Enseñanza, Pedagogía y Formación. AIQUE Bs As
- Antelo,E. (2014). Padres Nuestros Que Están En Las Escuelas Y Otros Ensayos. Homo Sapiens, Bs As.
- Basabe, Laura y Cols Estela (2007) "La Enseñanza" – "Alicia Camilloni: El Saber Didáctico" – Buenos Aires – Edit. Paidós.
- Barreiro, Telma (2009) "Los del fondo" - Conflictos, vínculos e inclusión en el aula
- Barreiro, Telma " Conflictos en el aula"
- Bruner, J. (1997). La Educación, Puerta De La Cultura. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Davini, M. C. (1995). La Formación Docente En Cuestión: Política Y Pedagogía. Buenos Aires: Paidós.
- De Pascuale, R. (2003). Las Estrategias Metodológicas. Cátedra De Didáctica General. Ficha De Circulación Interna. Facultad De Ciencias De La Educación. U.N.Co.
- Freire, P. (1967) "La educación como práctica de la libertad"
- Greco, María Beatriz, Alegre, Sandra; Levaggi, Gabriela (2014) – Cuadernillo de Ministerio de Educación
- Greco, María Beatriz (2014) "Intervenciones de los equipos de orientación escolar: entre la habilitación de los sujetos y la creación de condiciones institucionales".
- Litwin, E. (2008). El Oficio de Enseñar. Paidós, Bs As. Cap 2 Y 4
- Meirieu, P. (2001). La Opción De Educar. Octaedro, Barcelona. Prefacio.Cap:2 Y 18
- Monereo, Carles; Solé, Isabel. (1996). El Asesoramiento Psicopedagógico: Una Perspectiva Profesional Y Constructivista. Editorial Alianza. Madrid Cap. 4, 21, 22, 23 Y 24
- Ministerio de Educación y DDHH de Río Negro – Consejo Provincial de Educación - Resolución 3438/11
- Schön D.A. (1983). "El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan" Editorial Paidós
- Schön D.A. (1983). "La formación de profesionales reflexivos Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje en las profesiones" Edit. Paidós
- Sansot, S.(2013). Materiales Didácticos Potentes Para La Enseñanza. Ficha De Circulación Interna. Facultad De Ciencias De La Educación. U.N.Co
- Tenti Fanfani, E. (2009). La Enseñanza Media Hoy: Masificación Con Exclusión Social Y Cultural, En Tiramonti Y Otros. La Escuela Media En Debate. Manantial/Flacso, Bs As
- Zeichner, K. (2001) El Maestro Como Profesional Reflexivo, En Cuadernos de Pedagogía N° 22

Zelmanovich, P. (2003). Contra El Desamparo. En Dussel, I.; Finocchio, S. (Comps) Enseñar Hoy. Una Introducción A La Educación En Tiempos De Crisis. Fondo De La Cultura Económica, Bs As.

Links:

Antelo, E. (2005) La falsa antinomia entre enseñanza y asistencia

<http://www.me.gov.ar/monitor/nro4/dossier4.htm>

Educación Inclusiva. Iguales en la diversidad. Módulo 5. Aprendizaje y participación - Ministerio de Educación, Cultura y Deporte España – 2012

http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/126/cd/unidad_5/mo5_ensenar_y_aprender.htm

Gutiérrez, Dagoberto - "Si No Lees y No Reflexionas, Correrás El Gran Riesgo De Ser Diputado"

https://www.youtube.com/watch?v=2_hyr1rsplw

<https://www.facebook.com/dagobertoelsalvador/?fref=nf>

Rojas, C.C.R.- ¿Qué Es Enseñar? - UBA 190 Años.

<https://www.youtube.com/watch?v=IPO8t2x0GKQ>

Sartre, Jean Paul "El Existencialismo Es Un Humanismo"

<http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/766.pdf>