

# NUEVOS TRABAJOS EN SALUD MENTAL

|          |   |
|----------|---|
| Pag. 1.  | <b><u>ÍNDICE</u></b>  |
| Pag. 5.  | <b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>  |
| Pag. 7.  | <b>Capítulo 1. Salud mental.</b>  |
| Pag. 8.  | 1) Introducción desde una definición.   |
| Pag. 10. | 2) Hombre situado, crisis y enfermedad.                                       |
|          | 3) Salud, vida y muerte.  |
| Pag. 12. | <b>Capítulo 2. Sufrimiento mental. Crisis del ser humano.</b>                 |
| Pag. 13. | 1) Algunos conceptos introductorios.  |
| Pag. 15. | 2) La complejidad del Ser Humano.   |
| Pag. 17. | 3) Violencia y comunidad.   |
| Pag. 18. | 4) Integración - marginación. Locura-Cordura.                                 |
| Pag. 21. | 5) La realidad comunitaria.   |
|          | 6) Obvia o extraña realidad.  |
| Pag. 25. | <b>Capítulo 3. Sobre la cura.</b>   |
| Pag. 26. | 1) ¿Que es curar?.  |
|          | 2) ¿Quién cura?.  |
|          | 3) ¿Donde se cura?.   |
| Pag. 29. | 4) ¿Cuándo se cura?.  |
| Pag. 31. | 5) ¿Con que se cura?.   |
| Pag. 36. | 6) ¿Que es lo que cura?.  |
| Pag. 37. | 7) ¿Cómo se cura?.  |
| Pag. 40. | <b>Capítulo 4. La desmedicalización de las prácticas en Salud Mental.</b>     |
|          | <i>A) La desmedicalización en los actores Médicos.</i>                        |
| Pag. 41. | 1) Salud Mental e intersectorialidad.   |
| Pag. 43. | 2) La locura es un problema social.   |
|          | 3) El lugar de los profesionales y los Técnicos tradicionales en Salud Mental |
| Pag. 45. | 4) Los técnicos y las curas.  |

|          |   |
|----------|---|
| Pag. 48. | 5) Conclusiones sobre desmedicalizar en los actores médico            |
| Pag. 50. | <b>B) Desmedicalizar de los lugares Médicos.</b>                      |
| Pag. 52. | 1) El consultorio.<br>2) La sala de internación.                      |
| Pag. 54. | <b>Capítulo 5. Ciencia, Magia y Salud Mental.</b>                     |
| Pag. 56. | 1) Viejas costumbres y nuevas propuestas en Salud Mental.             |
| Pag. 57. | 2) Magia y conservadurismo.   |
| Pag. 59. | 3) La razón, los afectos y la magia en los Servicios de Salud Mental. |
| Pag. 61. | 4) Diversas actitudes mágicas.  |
| Pag. 63. | 5) Lo hermético en Salud Mental.                                      |
| Pag. 65. | 6) Clima racional o místico en Salud Mental.                          |
| Pag. 66. | 7) Lo explicable y lo inexplicable en Salud Mental.                   |
| Pag. 68. | 8) El papel de la Magia en Salud Mental.                              |
| Pag. 71. | <b>Capítulo 6. Un trabajo comunitario en Salud Mental.</b>            |
| Pag. 72. | 1) Introducción.  |
| Pag. 73. | 2) Hacia una nueva Modalidad de ayuda en Salud Mental.                |
| Pag. 75. | 3) Un centro de Salud Mental Comunitaria.                             |
| Pag. 77. | 4) Funcionamiento del equipo de Salud Mental.                         |
| Pag. 78. | 5) Los demandantes del Servicio. Los Usuarios                         |
| Pag. 80. | 6) Acerca del tratamiento.  |
| Pag. 81. | 7) El trabajo sanitario desde fuera del Hospital.                     |
| Pag. 83. | 8) Un nuevo modelo de Hospital.                                       |
| Pag. 85. | <b>Capítulo 7. Salud Mental y Poder Judicial.</b>                     |
|          | 1) Introducción.  |
|          | 2) Un instrumento terapéutico alternativo.                            |

|           |   |
|-----------|---|
| Pag. 89.  | 3) Algunas cifras.                                    |
| Pag. 90.  | 4) Modo en que nos contactamos con el Poder Judicial. |
| Pag. 93.  | 5) Algunas particularidades técnicas: los Tiempos.    |
| Pag. 97.  | 6) El alojamiento.                                    |
| Pag. 98.  | 7) El Tratamiento Sanitario Promocional.              |
| Pag. 101. | 8) Algunas cosas probadas y una Propuesta.            |
| Pag. 104. | <b>Capítulo 8. Una propuesta terapéutica.</b>         |
| Pag. 105. | 1) Nuestro fin sanitario.                             |
| Pag. 106. | 2) Involucración y compromiso.                        |
| Pag. 107. | 3) Institucionalización y vida cotidiana.             |
| Pag. 110. | 4) Modelo terapéutico comunitario.                    |
| Pag. 111. | 5) Las palabras y sus usos.                           |
| Pag. 114. | 6) Declaración de enfermedad.                         |
| Pag. 115. | 7) Negación de enfermedad.                            |
| Pag. 116. | 8) Nuestro origen en el nuevo modelo terapéutico.     |
| Pag. 116. | 9) Nuevas formas terapéuticas.                        |
| Pag. 118. | 10) Interdisciplina.                                  |
| Pag. 120. | 11) Intersectorialidad.                               |
| Pag. 124. | 12) Nueva práctica sanitaria.                         |
|           | <i>Modelo Asistencial Tradicional.</i>                |
|           | <i>Modelo Curativo Promocional.</i>                   |



## **INTRODUCCIÓN**

Cuando en la década pasada había terminado de ordenar el libro “Trabajos en Salud Mental”, quedaron algunos escritos sin publicar y otros en vías de serlo. Sin dejar pasar mucho tiempo, me dedique a ellos para ver si era posible armar otra publicación. Pensaba que completarían aquellas ideas.

Son estos ensayos que ahora presento. Pero, me parece, muestran un adelanto respecto de los primeros. Como principal contenido, exponen una “ruptura” definitiva con el modelo de trabajo que denomino “tradicional”, meramente asistencial y regido por esquemas médicos hegemónicos.

En nuestro quehacer, siempre lo decimos, operamos sobre varios frentes. Inmediatamente, sobre los casos que nos demandan con su dolor. En el ámbito institucional, tratando de transformar las organizaciones que históricamente probaron con modalidades operativas hegemónicas, sin lograrlo, dar cuenta de la locura. Y en el plano comunitario, procurando disipar el prejuicio inscripto en el imaginario colectivo que atribuye al “loco” una naturaleza peligrosa.

Pero esos tres niveles solo a título aclaratorio pueden diferenciarse. En la práctica se opera sobre los tres y es muy difícil poder precisar sobre cual de ellos lo estamos haciendo con preferencia.

Al fin, si la estructura médica-sanitaria agobiada por su fracaso en los tratamientos de los sufrientes mentales llegara ha apreciar beneficios en la desinstitucionalización, podría entonces admitir postulados interdisciplinarios y quizás, empezar a operar en otros órdenes de problemáticas con alguna nueva modalidad. Como la nuestra, por ejemplo.

Inmediatamente, si las rejas y paredes de los manicomios que excluyen y recluyen fueran demolidas, la comunidad podría abandonar la idea de “peligrosidad” que obligatoriamente le tiene impuesta, como “mural” mental, la presencia de esas organizaciones.

Desde ya quiero aclarar que no es mi intención descalificar a los médicos o a la medicina para el tratamiento del sufriente mental. Simplemente traen estos escritos una serie de ideas en contra de la hegemonía.

Solo las dominaciones corporativas y las personas acordes con actitudes sumisas, presentes en las comunidades, deben sentirse aludidas.

Por otro lado, la experiencia que he recogido con mis compañeros médicos, en tantos años, me dicen que no son ellos, justamente, los principales opositores de nuestro proyecto desmanicomializador. Otros técnicos han asumido el modelo médico hegemónico con mayor dureza.

Tratando de dar un orden, debía disponer esta compilación de ocho capítulos siguiendo algún criterio. Como eran escritos breves que fueron apareciendo en forma independiente, tenía que alinearlos de alguna manera.

No seguí el orden histórico de aparición de los mismos. Decidí que los tres primeros fueran aquellos que mejor exponían los fundamentos y conceptos del Modo Rionegrino de trabajo en Salud Mental; la idea de hombre que nos sustenta y lo que para nosotros merece llamarse un tratamiento.

Fije los capítulos 4 y 5 con trabajos que analizan costumbres, obstáculos y dificultades presentes en nuestros Servicios. Fenómenos importantes de atender y superar para lograr la desmanicomialización.

Al final ubiqué los que muestran misiones realizadas, para concluir con un cuadro sintético donde subrayo lo que considero, son los preceptos de nuestra propuesta. Diferenciándola del modelo “tradicional”.

Tres de estos capítulos recibieron aportes importantísimos del Dr. Juan Pablo Kotlar, quién durante casi dos años trabajó en el Instituto Nuestra Casa: “Ciencia Magia y Salud Mental”, “Un trabajo comunitario en Salud Mental” y “Una propuesta Terapéutica” lo muestran como coautor.

Sumo otra aclaración. Algunos pensamientos desarrollados en este libro surgieron en diferentes lugares de la provincia y desde diferentes equipos. Como tantos productos de nuestra civilización, la dinámica cultural permite que afloren sus resultados por distintos puntos.

Por último, debo decir que estas ideas pueden no ser compartidas por la totalidad de los trabajadores del Sistema Sanitario de Salud Mental Rionegrino. Obviamente es un atrevimiento de mi parte llamar Modo Rionegrino a estas reflexiones, que fueron concebidos desde experiencias ganadas con un solo grupo terapéutico y escritas bajo mi entera responsabilidad. Pero si bien pueden haber discrepancias, en lo substancial espero no haberme apartado a los primarios fundamentos operativos y fines que poseen y persiguen mis compañeros del Instituto Rionegrino de Salud Mental.

## Capítulo 1

# SALUD MENTAL

Lo que sea salud o enfermedad, para cada persona y en cada caso, serán disposiciones diferentes ante las situaciones y no polos de antagonismo inigualable presentes en nuestra naturaleza

En las ideas de este capítulo seguimos algunos pensamientos de José Blejer, quién, si el lector quiere profundizar en sus fundamentos, deberá consultarlo en su obra,

### **1) Introducción desde una definición.**

Los miembros del Instituto Rionegrino de Salud Mental hemos estado trabajando con una definición de Salud Mental sobre la que quisiéramos realizar algunos comentarios. Nos fue traída por el Dr. Vicente Galli, un amigo que mucho ha hecho por el programa de desmanicomialización que estamos llevando a cabo en nuestra provincia. No estamos seguros si él es su autor, aunque si que es la utilizada y permanentemente mejorada por tan prestigioso trabajador de Salud Mental.

Tal definición dice:

*“La salud mental 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”.*

#### *a) “Manera de estar, de ser”.*

Fue lo primero que nos llamó la atención. Pues esta expresión remite a la idea de *hombre situado*.

El ser humano es siempre un ser situado; esta en una tal o cual posición vital y no es posible operar de él un conocimiento legítimo y útil sin ubicarlo en su contexto. Solo entonces se nos hacen comprensibles sus manifestaciones, acciones, pensamientos, emociones. Solo así podemos aprehenderlo intelectualmente.

A las situaciones las definimos como el conjunto de elementos, hechos, condiciones y relaciones que caracterizan lo que llamamos nuestro modo

particular de existir. Los factores concretos en donde se desenvuelve una persona.

Pero lo anteriormente dicho es una sentencia abierta. O sea, aquello que nos condiciona, que nos afecta, es todo el cosmos.

Por otro lado, el modo en que cada ser particular capta estas condiciones es variable y diferente, hasta el punto que deberíamos considerar para cada persona la existencia de una realidad distinta; la propia. Cada ser humano posee *su realidad* y es la que cuenta a la hora de definir *su lugar en el mundo*. Filosóficamente podemos especular sobre la existencia de una realidad común a todos nosotros, pero desde un punto de vista psicológico, en cuanto realidad significada, debemos entenderla siempre creada y diferente para cada ser humano.

Discurriendo de esta manera, salud y enfermedad ya no aparecen como categorías absolutas sino dependientes de la situación en que se encuentre una persona. Sujetas y variando, en cuanto estados del ser, a los circunscritos contextos en que nos desenvolvemos.

Lo que inferimos como salud o enfermedad, solo podrá tener validez si nos situamos ante personas concretas. Solo existen determinados enfermos y no *La enfermedad*.

Pero operar con estos conceptos trae complicaciones técnicas. Por ejemplo, si para cada uno de nosotros *la enfermedad* nos es original, no es posible ofrecer soluciones repetidas. Además, y sobre todo, es necesario estar preparados para sufrir transformaciones en nosotros mismos, dada la íntima relación postulada entre el campo situacional que incluye al sufriente y nuestra persona.

En todos nuestros escritos, hemos tratado de mostrar como los instrumentos psicosociales, la tecnología para producir la desmanicomialización, debía ser construida en cada caso y para resolver la situación puntual de cada sufriente. Lo expuesto anteriormente explica el motivo.

En la ejecución del trabajo comunitario es fundamental corresponderse con estas premisas.

## **2) Hombre situado, crisis y enfermedad.**

### **b) ... relativo equilibrio e integración de los elementos constitutivos de las personas...**

Siempre estamos diciendo que el ser humano es bio-psico-social; pero esta definición esconde la posibilidad de equivocarnos conceptualmente. No es el hombre un ser construido con tres tipo de elementos, como un objeto manufacturado, sino que lo bio, lo psico y lo social son manifestaciones de un ser integro. De hecho, en cada acto o expresión humana pueden vislumbrarse esas tres formas de manifestaciones.

La enfermedad se expresará, consecuentemente, por un desorden general. En los tres modos señalados revelaremos una afección, aunque la manifestación dolorosa predomine en uno solo de ellos.

Evolucionamos siempre y permanentemente superando momentos de desestructuración. Al desorden de los elementos constitutivos del ser humano y su situación lo denominamos crisis. Somos *seres de y en crisis*.

Asimismo somos *seres dolientes*, desde que invariablemente las crisis provocan dolor.

Al estudiarse las crisis evolutivas de la niñez o de la adolescencia, por ejemplo, se observó que ellas eran necesarias para alcanzar estadios evolutivos superiores. Y según una persona resolviera esos trances, mejor o peor accedería al siguiente.

Este principio debe también aplicarse a las múltiples y sucesivas crisis de la cotidianeidad.

Invariablemente estamos desajustándonos y constantemente debemos organizarnos. Luego, de acuerdo a como resolvamos, repetidamente, nuestras crisis cotidianas, así será nuestra capacidad de equilibrarnos ante alguna seria e intempestiva afección futura.

Permanentemente, aunque no lo notemos, estamos siendo *desacomodados* por estímulos varios: físicos sensoriales, imaginarios, emocionales, etc.. Y continuamente nos estamos sobreponiendo. Vivir exige mantener un *rumbo vital* en el cumplimiento de mandatos de la naturaleza y de la cultura.

La enfermedad, desequilibrio no resuelto, se delata por la inoperancia o fracaso para producir transformaciones en sí y en el mundo. Las crisis mentales expresan un desorden que inhabilita parcial o totalmente para transitar la cotidianeidad. Perdemos capacidad de producir y crear, función del hombre como ser grupal, y disminuimos nuestra capacidad, como “seres sanos”, para cumplir la función comunitaria de ir haciéndonos a nosotros mismos de manera continua.

Impedidos de crear e intercambiar, dejamos de aportar a la dinámica de las agrupaciones que nos incluyen y en las que participamos.

La capacidad personal de producir-crear e intercambiar en lo social, depende de lo eficaz que hayamos sido en superar las sucesivas crisis que padecemos.

Todo lo que nos afecta exige *esfuerzos personales para equilibrarnos* y de alguna manera la ayuda de otros. De todos modos, superada una crisis, si se han sacado correctas conclusiones, si se ha internalizado - aprehendido - el camino para eludir o superar el obstáculo traumático, el individuo sale fortalecido y con mejores probabilidades de enfrentar exitosamente futuros escollos.

En nuestro “Modo Rionegrino de trabajo en Salud Mental”, claramente preferimos hablar de crisis y no de conflictos. Partiendo del análisis de nuestras situaciones, eludimos quedar reducidos a tratar limitadas problemáticas de contraposiciones.

La idea de conflicto genera una visión de polos enfrentados y suele atrapar al razonamiento en dualismos estériles. En último término, la noción de crisis puede englobar la otra.

A modo de cierre de este apartado, digamos que el uso del concepto crisis no debe impedir operar con el de enfermedad, eminentemente médico. El primer concepto, trascendiendo no solo lo médico sino también lo sanitario, ayudará a dar un sentido preciso a este último.

### **3) Salud, vida y muerte.**

*c) “...esas personas o grupos, participan activamente de sus propios cambios y en el de su entorno social...”*

Es importante esta idea de Salud enlazada a un ser humano protagonista de sus propios cambios.

Aquello llamado situación, el conjunto de elementos presentes en cada existencia, es creado por nosotros. Lo decíamos en párrafos anteriores: desde un punto de vista psicológico la realidad es siempre significada. También en otros escritos afirmábamos que la capacidad creadora del hombre, dar nuevos sentidos a las cosas y por ende a su situación, le producía transformaciones que directamente implicaban no solo una recreación de sí mismo sino *la recreación* de su realidad.

Desde estas ideas iniciemos ahora una breve reflexión sobre otra propiedad que posee el ser humano en buen estado de salud: su *capacidad de autorestablecer un equilibrio perdido*.

Que en un momento parezca poseer equilibrio de sus componentes constitutivos respecto a su situación concreta, por sí solo no dice que una persona, grupo, institución o comunidad esté en buen estado sanitario. Lo que debe poseer, además, es la capacidad de restablecerlo si producida una crisis lo ha perdido.

Probablemente Alemania en 1937 aparecía como una sociedad sana a los ojos de la comunidad internacional, pero ahora sabemos que no poseía dentro de ella potencialidad de restablecer un rumbo humanístico que luego la llevó a su destrucción. Una persona enferma de SIDA puede parecer sana, pero es sabido que está seriamente imposibilitada de defenderse contra agentes patógenos externos que pudieran invadirla.

Por lo tanto, el *protagonismo para restablecer ocasionales desajustes situacionales* es elemento substancial a considerar cuando se evalúa la

salud o enfermedad de un ser y no solamente el aparente equilibrio que pudiera presentar.

Tantas veces un orden puede contener enfermedad y un desorden salud.

Lo que sea salud o enfermedad, para cada persona y en cada caso, no son antagónicos polos ideales, posibles en nuestra naturaleza, sino disposiciones diferentes ante las situaciones. Y por supuesto, estos polos “ideales” nunca podrán ser “concretos” ya que alguien totalmente marginado sería también alguien fuera de toda comunidad, algo inorgánico, estaría muerto.

Entendemos la “locura” como marginalidad, en el amplio sentido que puede abarcar ese término:

- La disolución de lo orgánico.
- La disolución de la conciencia. La pérdida o incapacidad de dar significados a sí y al mundo, una disgregación tan catastrófica como la desintegración de lo orgánico en lo inorgánico, la muerte bio.
- La disolución del ser social que somos.

La exclusión y la participación social, facetas de la salud y enfermedad, son por lo tanto conceptos siempre relativos y en interrelación. Es curioso como en la antigüedad se solía castigar apelando al destierro. Seguramente había una vaga percepción que marginar era una forma de matar.

Como la participación es el polo antagónico de la marginación, las acciones que fomentan compartir e intercambiar, fundamentalmente afectos e ideas, promueven la salud mental.

En todos los casos, ser protagonista, partícipe, es condición necesaria – cuando no, manifestación - de Salud Mental, de vida. Fomentar protagonismo en lo social y cultural es la manera más simple y directa de hacer Promoción de la Salud. Y promover la salud mental puede reducirse, en último término, a promover encuentros.

Así como la completa exclusión social es una cara de la muerte, la locura, como anormal y absoluto fenómeno psíquico, también lo es. Por lo tanto nadie estando vivo puede estar totalmente loco.

Con este razonamiento, desde los “trozos de cordura” que siempre encontramos en las personas sufrientes mentales, es de donde tratamos de operar diariamente nuestras estrategias terapéuticas.

## Capítulo 2

### **SUFRIMIENTO MENTAL. CRISIS DEL SER HUMANO.**

En nuestros escritos siempre hemos estado refiriéndonos a la violencia, aunque nunca nos centramos en ella. Reiteradamente dimos ejemplos de injurias a sufrimientos mentales, por lo que nos resulta extraño que habiendo estado tratando la marginalidad, la iatrogenia, la reclusión, etc., aun no hayamos desarrollado esta cuestión.

Al termino violencia entendámoslo como “*acción contra un modo de ser o proceder, infringiendo o quebrando leyes establecidas*”.

Esta acepción del término nos abre innumerables caminos, ya que nos remite a la naturaleza y sus determinaciones y a toda transformación de aquello que denominemos Realidad.

Para fijar ciertos límites, circunscribiremos este análisis al *acontecer agresivo y significativo humano*. A la agresión sobre el ser que somos y al estar que poseemos.

Pero aun dado este linde, es posible hablar de innumerables tipos de violencia: física (corporal), psicológica o social; violencia institucional, a o de los grupos y las comunidades; etc. Sumando a esta diversidad, hasta podemos hablar de violencia contra un hábitat o una cultura en la medida que estas realidades se enlazan vitalmente con la humanidad.

Será sobre el orden presente en las situaciones y para todas las personas, sobre la complejidad de nuestra realidad comunitaria y sobre el dolor de su desorden y la marginación, lo que tratará este capítulo. Sobre las humanas *fuerzas constituyentes* de la realidad social y *sus condicionantes*. Y no mas allá.

#### **1) Algunos conceptos introductorios.**

Nuestro marco conceptual comunitario concibe al hombre como *ser situado* e infiere el cosmos, donde lo ubicamos, como el manifiesto resultado de fuerzas que dan un *orden de existencia* a lo real. Cualquier entidad, cosa o persona, organizaciones o estados, desde las más simples partículas elementales a las más complejas organizaciones comunitarias, poseen cohesión gracia a *enlaces* que las constituyen.

Nuestro marco explicativo no apela a la idea de un impulso agresivo original que de cuenta sobre las reducciones de naturaleza. Explicamos la

transformación o paso de lo orgánico a lo inorgánico, causada y expresando la ausencia de fuerzas constitutivas.

Definimos un acto “violento” como aquella *acción* que suspende o impide el ejercicio de fuerzas integrativas, iniciando una crisis o desencadenando una lisis. Una crisis, de la entidad que se quiera - persona, grupo, institución o comunidad - manifiesta el desorden producido en ella por el debilitamiento de sus fuerzas de integración. Una lisis, su desintegración por ausencia o colapso de esos esfuerzos.

La acción de las fuerzas integradoras de lo real resulta fácil de apreciar cuando del orden físico se trata. Concluimos sin complicaciones en que toda la naturaleza material, incluidos nosotros mismos, posee composición y supedita su cohesión a ligazones precisas: enlaces subatómicos, electromagnetismo y fuerza de gravedad. Entendiendo al cosmos en tal dependencia, deducimos inmediatamente que cualquier cosa o cualquier ser humano, en su materialidad, para *desorganizarse* debe ser agredido anulando el efecto de esos impulsos.

Y así como esos fenómenos físicos que dan un orden al cosmos son propiedades de la misma materia, de manera análoga en el ámbito comunitario vemos al Poder, a las Normas Institucionales y a las ligazones vinculares interpersonales, como propiedad de la misma estructura social-institucional. Con ellas los Seres Humanos se organizan, dándose una macrodisposición que podríamos denominar *orden de civilización*. Por sus influencias, cada persona y agrupación va encontrando un lugar social.

Sintetizando y sin confundir lo analógico con lo preciso, no podemos dejar de reconocer que también en nuestro complejo comportamiento y en nuestro modo psicosocial de estar en el mundo, participan fuerzas que nos determinan. Y de igual manera que en el plano físico, devendría un *caos* si se neutralizan, inhabilitan o incapacitan esas presiones.

Adentrémonos entonces en la revisión de lo que creemos son los enlaces que permiten la constitución de todas las entidades psicosociales que somos.

## **2) La complejidad del Ser Humano.**

Cada persona refiere a la Humanidad. Nos encontramos *contenidos* y *sostenidos* en múltiples y diversas entidades supraindividuales. Por lo tanto, siempre que hablemos de una persona, mas allá de la subjetividad particular que tratemos, nos estaremos refiriendo a los grupos en que participa, las instituciones que lo rigen y las comunidades a que pertenece.

Podemos inferir que el Ser Humano, como ser psicosocial, se constituye y sostiene por influencias que surgen en su estar. Y estas se revelan por los aspectos que presentan sus manifestaciones.

Una primera sería aquella que da cohesión interior a la llamada *subjetividad*. Aun atendiendo la abstracción de una persona aislada de otras, el ser individual, encontramos un “complejo” sólidamente entramado que damos a llamar identidad. La cantidad magnífica de representaciones e imágenes del si-mismo, entrelazadas en lo llamado subjetividad, ha obligado a que pensemos si realmente deberíamos llamarnos “uno mismo” o sería mejor designarnos “múltiples unos (otros)”.

Podríamos traer en favor de esta afirmación, heterogéneos desarrollos psicológicos, teorías que apelan a nociones auxiliares del tipo “relaciones de objeto”, “enlaces vinculares primarios”, etc., que luego al internalizarse también derivarían eficaces en la constitución de nuestra subjetividad. Pero no nos detendremos en estas conjeturas sobre las que poco o nada tendríamos para agregar.

A estos enlaces que operan en la interioridad los denominamos *fuertes*. Los estudios psicológicos de la violencia hechos con enfoque psicosocial, e incluso sociodinámico, han investigado exhaustivamente como se trastoca en ese aspecto nuestra integridad.

Pero complementariamente encontramos los que llamamos *enlaces o fuerzas débiles*; engarces que intervienen en la exterioridad y nos permiten alcanzar un *orden social comunitario*: tres fuerzas interrelacionadas que surgen y constituyen los grupos, las instituciones y las comunidades:

- *Tendencias vinculares secundarias*, determinantes de las agrupaciones básicas y decisivos en la constitución de los grupos.

Estas atracciones, sentidas como simpatía, son responsables del compartir humanizador que ontológica como filogenéticamente nos ha permitido integrar agrupaciones desde donde damos significados a las cosas y situaciones. Creamos la realidad como un entramado “familiar”.

Desde estas vinculaciones logramos que la realidad sea certidumbre. Por ser autoproducida, se siente parte de uno mismo de manera inmediata a la percepción y pasa a ser el principal reaseguro contra la incertidumbre de vivir. Ganamos la “confianza básica social” indispensable para desarrollarnos como personas en una comunidad.

- *Normas y valores* que fundan y rigen los espacios instituidos, las agrupaciones garantes de *seguridad y orientación* que nos ordenan en los intercambios.

Estas tendencias, vectores en la dinámica de intercambios intergrupales, son elementos guías para que los actores puedan situarse como representantes institucionales y además, para que logren valorar las cosas. Porque para que no padezcamos un caos de significados en nuestra cotidianeidad, todo lo existente debe tener un valor de acuerdo a los diferentes fines sociales-institucionales que se persigan. Por estas inclinaciones, ello se logra.

- *El Poder* o capacidad de influir significativamente sobre otros; que se ejerce y dirime diariamente y gracias al cual *encontramos nuestro lugar comunitario*.

Este último tipo de influencia, es de importancia capital en la determinación del orden imperante de las comunidades. Al estudiarse sucesos humanos con un enfoque comunitario, nos encontraremos, en cada caso, analizando la lucha por el ejercicio y distribución del Poder. Una lucha que define, para cada persona o grupo, su lugar particular dentro de una comunidad.

Aceptando que agredir significa trastocar al ser humano en todos estos niveles, debemos concluir que al fenómeno “violencia” deberíamos abordarlo, para su análisis, estudio e intervención, desde todas estas perspectivas.

### **3) Violencia y comunidad**

Las ligazones que hemos llamado *débiles*, promueven y/o establecen nuestra manera social-comunitaria de estar en el mundo.

La dinámica interpersonal, intergrupala e interinstitucional que observamos en las comunidades, están regida por esas ligazones. Y así como las ligazones fuertes proporcionan *una particular manera de ser*, estas otras nos fijan a determinadas situaciones, nos *dan la particular manera de estar en el mundo*.

Las instituciones en que participamos, cúmulos de normas y valores condicionantes en cualquier situación, nos están obligando permanentemente a asociarnos con los otros.

Como ineludiblemente tendemos a enlazarnos siguiendo una especie de “mapa interno de ligazones primarias” que poseeríamos, hay un perpetuo, difuso y sutil malestar al situarnos en comunidad, pues nunca corresponden los otros a las primarias, ideales e internalizadas figuras que poseemos. Esto es causa y origen de innumerables desuniones y conflictos cotidianos. De mas está decir que aquellos a los que los mandatos institucionales disponen acercarnos, están padeciendo lo mismo.

Por otro lado, invariablemente, en los diferentes tipo de tratos e intercambios sociales se ofrecen categorizaciones de lo real de acuerdo al cúmulo normativo institucional dominante. Nunca intercambiamos solamente elementos materiales, ideas o sentimientos, sino también el valor y el lugar social que acordamos a estas cosas.

Siempre, en cada encuentro interpersonal, por estar *obedeciendo* a normas de comportamiento producimos *transferencias* recíprocas de influencias. Todos tendemos ha imponer la propia visión de la realidad.

Producto de estos despliegues, el propio ser gana o pierde influencia.

Ahí se encuentra la segunda gran fuente de conflictos y malestares comunitarios.

En comunidad y sobre todo en nuestra cotidianeidad, aunque no tengamos conciencia ni intención, cada vez que nos relacionamos o nos expresamos ante otros, lo hacemos como voceros o representantes de instituciones que exigen categorizar las situaciones de encuentro de acuerdo a sus propios parámetros.

Como resultado de estos enfrentamientos, tarde o temprano sentimos perdidos o cuestionados nuestros códigos de comportamiento, las internalizadas normas institucionales predominantes en el seno de la comunidad.

Percibimos el fenómeno enmarcado en un vago dolor existencial. Ese desagrado corresponde a la sentida disfunción o incapacidad que esas carencias nos producen para seguir realizando los tipos de intercambios habituales. Notamos inutilizada nuestra capacidad de modificar la configuración del estar; la transformación del mundo y a nosotros con él.

De todos modos, participando de tantos apremios, estos se disimulan, se interfieren, se contradicen, etc. Se establece alianzas, rivalidades y sobre todo, se alcanza un *estilo* relacional. Al fin, la suma de esas exigencias y su obediencia, desobediencia o neutralización, dan por resultado que cada persona perciba su *orden* comunitario.

*Cuando dos personas se encuentran ya se está dando un fenómeno comunitario.*

En nuestra marcha por la vida, invariablemente estamos impelidos a ocupar nuevas posiciones que nos dan originales y familiares perspectivas de la realidad. Como seres en crisis, reorganizamos continuamente nuestro ser mientras cambiamos de situaciones.

Como nunca dos personas han participado exactamente de las mismas relaciones, ni instaurado - incorporado a su interioridad - idénticas relaciones de intercambio, la manera en que *captamos* la realidad, la conformación que hacemos de nuestra situación, lo real a nuestros ojos, es diferente de unos a otros. La configuración de *la realidad* es algo subjetivo.

Dada la innata necesidad de organizar la realidad inmediata y como se configura lo social según propios parámetros, tendemos irremediabilmente a chocar con los demás. Por lo tanto, en los diferentes encuentros interpersonales, cualquiera sea su nivel e importancia, el lugar social de cada persona se va creando, construyendo y negociando sobre una confrontación dolorosa.

Cada ser tiene el Poder que a sabido ganarse en las instituciones que ha formado parte y puede aplicarlo oficiando como su representante. Será con él y por él que podrá influir, para intentar hacer tomar a los demás los caminos de acción o pensamiento conforme a su propia cosmovisión.

Así como ese ejercicio nunca es desinteresado, tampoco es indoloro; duele sentir la influencia del Otro categorizando a su manera la situación compartida.

En concreto, estamos condenados a que en cada aproximación a los demás, como miembros de agrupaciones ajenas, sintamos un dolor difuso al que llamaremos “*extrañeza de realidad*”. Esta anomalía termina siendo expresión de la crisis existencial que produce confrontar con “otra” ordenación de lo real. Nos sentimos violentados.

Estamos ante un cierto y nuevo Malestar en la Cultura.

#### **4) Integración-marginación. Locura-cordura.**

Quién esté excluido de un espacio categorizador - un espacio instituido, un lugar social - adolecerá de inconvenientes funcionales para, en alguna situación, dar por sí mismo categoría fundante a su realidad. Por tal razón, iniciaremos este apartado diciendo que quizás sea cierto aquello que asevera: *la locura es lo que nos viene desde lo real sin poder significarlo*.

Las instituciones pueblan las comunidades, influyendo - ocupando - en toda esa área utilizada para sus intercambios. Para ello crean y mantienen “su” porción de espacio social. Es tan extensivo este fenómeno, que es imposible pensar un fragmento social no ocupado institucionalmente. Es mas, la categoría de *existente* para las comunidades solo aparece con la pertenencia a una institución.

Es marginal quien padece un apartamiento institucional. Quién se encuentre forzado a esa situación, será para la comunidad, en algún aspecto, totalmente extraño, ajeno, fuera de lo real, desconocido. Como tal lo miraremos sin verlo. No existiría.

Postulando la locura como marginación y siendo que los locos “son” aunque los designemos como marginales, ¿en qué lugar social se colocan?, ¿que existencia poseen?. Si el marginado *no es* para las comunidades, ¿quién es entonces ese loco que atendemos?. Si disolviéndose los lazos débiles el ser humano pierde su vida comunitaria, ¿cómo es que los locos viven, nos visitan y los visitamos?.

Que exista “el loco” no es una prueba de que existe un “espacio marginal” fuera del social, como si de otra dimensión se tratara, sino simplemente algo que pregonamos desde el principio de nuestros trabajos con personas sufrientes mentales: *nadie es-está totalmente loco ni nadie está totalmente marginado desde que está vivo*.

La marginalidad que sufre el loco es una exclusión de solo algunos espacios sociales.

Es cierto que en muchos aspectos el loco es “invisible” para las comunidades y su rotulación vela parte de su ser; pero en otras apariencias nos es reconocido.

También las personas consideradas “normales” poseen – siempre - aspectos relegados. La locura y la cordura es cuestión de grados porque nadie puede estar permanentemente excluido de todas las instituciones y tampoco nadie ha instaurado en su interioridad todos los esquemas necesarios para acceder a todos los intercambios posibles.

Pero aunque una supuesta persona “normal” esté imposibilitada de encarnar algunas instituciones e incapacitada para operar ciertos tipos de intercambios, para ellas, invariablemente, esos estados de marginación podrían superarlos y no los inmovilizan para el hacer y hacerse. Poseen Poder para intentar ocuparlos. Ese es el fenómeno denominado *salud*.

Una persona puede presentarse comunitariamente en buen estado de “salud” aunque manifieste ausencia sobre algunos aspectos y potencialidades de sí mismo, porque cuenta con espacios dadores de Poder desde los cuales puede ir ganando otros para seguir haciendo al mundo y a él mismo. Así diferenciamos en Salud Mental los “sanos” de los “enfermos”.

Cerrando este punto, decimos que según nuestro parecer todas las acciones pretendidamente terapéuticas asistenciales o promocionales en Psicología, en Psiquiatría o en Salud Mental, basan su eficacia en la aplicación del Poder para operar encuentros e integraciones. Como resultado de este “enfoque”, la mayor problemática a resolver con los sufrientes mentales es la oposición comunitaria a reconocerlos e integrarlos en sus agrupaciones.

*Hablemos de sanar y curar como integrar comunitariamente*

### **5) La realidad comunitaria.**

*Lo que nos contextualiza es La Realidad que cada uno ha construido*

La realidad - siempre creada - *es y debe ser cosmos*, realidad ordenada. Lo otro, la acumulación sin armonía, lo de afuera, las cosas sin sentido ni valor, será *caos*: incoherente depósito desorganizado. El destino de cada persona cuando se desintegre - desorganice - su ser.

Una comunidad puede entenderse como una urdimbre vital, donde todo, para ser, refiere a personas, grupos y organizaciones, que crean, intercambian elementos y categorizan singularmente las situaciones de encuentro, a los efectos de imponerlas.

También inferimos nuestra dimensión interior como un “espacio social parcelado” desde donde podemos dar, según nos situemos en uno o en otro cuadrante, significados y valores alternativos a las cosas, personas y situaciones.

Como parte de lo real, nuestra manera de estar es multifacética. Nos entendemos situados simultáneamente en varios planos: subjetivamente (como múltiples otros) y como miembros de heterogéneos grupos, instituciones y comunidades.

Las situaciones, cosas, sentimientos, acciones, etc., son por estar significadas. Y además, son de manera distinta para cada persona.

Entre innumerables posibles ejemplos nos aplicaremos a analizar solo uno: al encontrarnos con alguien en un lugar cualquiera, inmediatamente deberemos verlo en un rol comunitario; deberá ser “amigo”. “cliente”, “enemigo”, “delincuente”, “paciente”, etc..

Hagamos un esfuerzo de imaginación y pensemos en alguien que pueda tener varias de esas categorizaciones. Si bien podríamos *saltar* de una a otra categorización designante, en un mismo instante no podríamos dirigirnos a él, comportarnos y representarnos la situación de intercambio, mas que desde una sola distinción representacional.

Estamos impelidos a instaurar y mantener los encuentros según un solo cúmulo normativo referencial. Para sujetar la realidad en un orden, debemos afirmarnos en una sola postura.

En nuestro ejemplo, la categoría *amigo* “derivó” de instituciones primarias internalizadas y nuestro comportamiento perceptivo, en concordancia a ellas, expresaría que esas organizaciones, de entre todas, han hegemonizado con sus patrones la situación de encuentro y dado el orden necesario para que puedan realizarse intercambios.

Si lo hubiéramos visto como *cliente*, sería porque estábamos bajo la influencia organizativa de una institución comercial. O de las judiciales si lo hubiéramos considerado *delincuente* y acomodado nuestra conducta a ello. Así en todos los casos.

Como no siempre nuestra categorización preferida coincide con la de quién nos encontramos y puesto que derimiendo influencias a veces debemos resignar la situación predilecta, puede deducirse la inquietud que cotidianamente llegamos a sentir al encontrarnos con algunas personas.

Pudimos haber ejemplificado no sobre una situación de encuentro interpersonal sino sobre lo que nos representan valorativa y significativamente los objetos, sentimientos o acciones presentes en los intercambios. Y en todos los casos veríamos como intentamos hegemonizar las situaciones. Pero a los fines de este capítulo creemos que con esa muestra es suficiente.

En la cotidianeidad, aun solos, cambiamos permanentemente de situación. Persistentemente estamos suplantando hegemonías, un orden por otro. Nos estamos dando diferentes disposiciones.

Por el contrario, cuando trabajamos en una organización mayor como hospital, escuela u otra, estamos impelidos a conservar disposiciones.

Mantenemos nuestras acciones, emociones y pensamientos, acorde a un particular conjunto de exigencias: el institucional.

La ordenación de sentidos, función institucional, que todo lo que suceda quede por dentro de una organización y refiera a los fines de la misma, refuerza el sentimiento de familiaridad de lo existente. De todos modos, ese refuerzo ganado de seguridad y confianza en lo real, es luego causa de penosas sensaciones de agobio ante las disposiciones rígidas y conservadoras que nos obligan todo el tiempo.

Igualmente en la vida cotidiana mantenemos cierta preeminencia institucional para diferentes momentos: hacemos deporte a ciertas horas, escuchamos música de tarde o de noche, salimos los fines de semana, etc. Esa rutina, expresión de un orden, asegura contra el caos existencial. Da obviedad a las acciones que realizamos. Pero también con el tiempo esas costumbres pueden volverse tediosas.

Porque la vida exige cambios, desde que la transformación de nuestra situación vital es continua y permanentemente estamos efectuando alternancias.

Si debemos cambiar nuestra actitud ante una nueva situación, porque así nos lo exigen nuevos sucesos que se agregan a nuestro campo vital, entonces debemos reordenar la situación de acuerdo a otras normas institucionales y reformular las representaciones y valores de las cosas presentes.

Por ejemplo, si siendo psicólogos un amigo se descompusiera emocionalmente mientras nos visita en casa, obligaría a comportarnos como terapeutas y visualizarlo como usuario de un servicio sanitario. En tal caso, si necesitará un paño frío para refrescarlo, un mantel podría pasar a tener ese sentido. Se ha sanitizado la situación y no solo las cosas, sino hasta el diálogo y lenguaje, cambiaría de forma y contenidos.

Las cosas y sucesos varían su significado, cambian ellas, al mudar de situación y recíprocamente, las situaciones se trastornan cuando alteran sus elementos constitutivos.

La realidad, pareciendo estable, es no obstante transformada permanentemente; creada ininterrumpidamente. Pero debe parecerse "obvia", "fija", para estar en ella sin cuestionar nuestra identidad - cuestionamiento siempre doloroso - dada la íntima relación entre lo que somos y la particular situación que nos contextualiza. Todo cuestionamiento al contexto social traería aparejado un conflicto intrasubjetivo.

Estamos dispuestos a soportar este tipo de violencia que desorganiza para reorganizarnos y no nos resulta anormal, por considerarlo condición del estar vivo. Entrevemos rápidamente que una no reubicación inmediata nos colocaría en posición de grosera ofensa para otros. Intuimos que si insistiéramos, seguramente atraeríamos hacia nosotros actos agresivos,

forzamientos, pues estaríamos cuestionando a los demás en sus parámetros de realidad.

Por lo dicho se deduce que para otros, en otros lugares y tiempo, las cosas han tenido otros sentidos y otros valores. Un ejemplo a dar es muy conocido por los trabajadores de Salud Mental: el sentido cambiante que ha tenido el loco y la locura a través de los tiempos.

*Toda cosa es otra fuera de la situación instituida en que es percibida.*

## **6) Obvia o extraña realidad.**

A manera de síntesis recordatorio, puntualizaremos algunos elementos conceptuales que rigen nuestras acciones y que ya expusimos o iremos desarrollando.

- En los sucesivos intercambios, varía la representatividad institucional que valida los productos intercambiados.
- La representatividad revela una fuente de Poder.
- Con los cambios de “propiedad”, al producirse transferencias de posesión, muta el sentido - “la particular realidad” - de lo intercambiado. Las “cosas” y situaciones se transforman al cambiar de pertenecías.
- Por tales razones, la realidad debiendo ser y pareciendo ser permanente, es transitoria, simultáneamente

Atendiendo a lo apuntado en los párrafos anteriores, detengámonos ahora en el fenómeno de *extrañeza de realidad*, ya que tiene importancia capital para explicar la especial cualidad del dolor de la enfermedad mental y el bienestar de la salud mental.

Se violenta a las personas y se las desorganiza en su estar, si se las induce a sentirse extrañas en su situación vital. Veamos esto.

Las instituciones tienden a normatizar cuanto ocurre en ellas, de manera que todo les pueda ser absolutamente predecible. Los hechos institucionales, repitiendo naturalezas y formas, se ofrecen pronosticables. Todos los objetos o conductas dentro de una organización son considerados respecto al cúmulo normativo con que se ha delimitado el espacio social en que acontecen; y se los valora según se alejen o acerquen al logro de los fines declarados para los cuales fue creado ese ámbito.

Esos marcos - un “campo de fuerza” - generan inclinaciones conductuales muy difícil de eludir. Funcionan como un *aparato* regulador de sucesos. Apremian y sancionan con exclusión - marginación - al transgresor.

Como todo lo que ocurre en las organizaciones es reconocido y valorado mediante autorreferencias y como, además, las instituciones obligan a que se repitan los intercambios aun en la cotidianeidad - son extremadamente

*conservadoras* - el fenómeno de predecibilidad alcanza gran nivel en las comunidades.

Cuando la predecibilidad está referida a uno mismo, pasa a ser elemento integrante del sentimiento de identidad: saber que uno es, ha sido y será siempre el mismo.

Los fenómenos intrasubjetivo que hacen a la identidad, proyecciones, identificaciones, etc., los que permiten *dar familiaridad a lo percibido*, se vigorizan cuando lo percibido gana “valor” social. Cuando poseen reconocimiento institucional para las comunidades.

*Repetirnos* en lo conocido y percibir complacencia comunitaria para lo que hemos *categorizado como familiar*, despierta un sentimiento de *obviedad en lo real*. Por el contrario, ante el cuestionamiento de las instituciones que rigen nuestras distintas situaciones, perdemos esa sensación y se sufre lo que dimos en llamar *extrañeza de la realidad*.

El Poder siempre está en estrechísima relación con la violencia, pues *rompe enlaces*, desorganiza estados del ser y socava situaciones vitales. Produce dolor.

Violentar en el nivel comunitario, concretamente, consiste en retirar, negar o devaluar, alguna o casi toda representatividad institucional a las personas que intercambian sus afectos, ideas o cosas. Para alcanzar tales fines disgregantes, se apela a despersonalizantes rotulaciones.

Cuando el ejercicio del Poder ha dado un orden comunitario estable, cuando en una comunidad se realizan ordenados intercambios, decimos que se ha producido una *homogeneización* de lo real. Dado ese estado, cualquiera que amenace ese orden será violentamente excluido, marginado del cumulo institucional-comunitario. Este hecho se produce justamente con los llamados locos.

El loco siempre ha sido visto como amenaza para la comunidad hospitalaria. Aunque categorizado “enfermo”, fue alejado de los hospitales generales y recluido en manicomios, estructuras que nada tienen de hospitalarias, no por comportarse extrañamente en salas y consultorios sino por poner en tela de juicio el funcionamiento del tradicional aparato sanitario dispuesto para “curarlo”, reaseguro comunitario ante el temor a la muerte. El loco, burlándose de los intentos de cura por control, generó su destino de dolor.

Así como reconocer lo nuestro es reconocernos, reconociéndonos en los demás nos reconocemos. Pero esa reciprocidad pueden perderse llenándonos de prevenciones y ansiedades.

En la adolescencia, en nuestra cultura, se da un fenómeno que también analógicamente podemos utilizar para ilustrarnos. En ese periodo del crecimiento, se distorsionan los lazos que nos unían a grupos primarios de los cuales hemos extraído los sentimientos de pertenencia y continencia mas

caros a nuestra identidad. Debido a esto, los jóvenes padecen un “desajuste” vital, una desorganización dolorosa, hasta que logran configurar nuevos y propios marcos normativos integrándose a nuevas agrupaciones.

El dolor del crecimiento, la rebelión juvenil frente a lo establecido, la necesidad de dar una nueva referencia primaria a su situación existencial y su conocida desorganización en el estar cotidiano, se nos aparece necesario y comprensible. Comprendemos lo que hemos subrayado: debe desorganizarse un estado del ser si queremos verlo organizado de otra manera. De niño en adulto.

El desorden situacional y el dolor existencial están íntimamente relacionados, de modo que uno avisa y prelude al otro.

Pero hay casos en que tal desorganización se produce por otras causas, en nada privativas de la naturaleza juvenil. Suceden esas pérdidas si soportamos el tipo de violencia que analizamos: si nos obligan a significar las cosas según los otros. Forzados, trastocados, nos sentimos obligados a dar respuestas descontextualizadas, o sea, adecuadas a una situación extraña.

Para producir agresiones de este tipo debe aplicarse desaprensivamente el Poder, ejercer influencias autoritarias. Obligar a que se den repuesta según intereses y perspectivas de otros. En estos casos, se percibe inmediatamente lo que hemos denominamos “extrañeza de la realidad”.

Esta afección del “*si mismo*” es un fenómeno común en los encuentros de pueblos con culturas diferentes donde ambas tratan de influir para que “los otros” vivan de acuerdo a sus propios “ordenes de civilización”. Resultaron de estos entrelazamientos, espantosos genocidio. Pero sin llegar a tales extremos, constantemente nos enfrentamos a este tipo de agresiones durante el vivir cotidiano.

Aquello que nos afirma en la creencia de nuestra cordura - unión con los demás - ganada en comunidad, se pierde ante enjuiciamientos inapelables a nuestros “obvios” parámetros normativos. Agredidos, comenzamos a distanciarnos unos de otros, rompemos los acuerdos con los demás, dejamos de considerarlos familiares.

Cada vez que nos ponemos en posición estimativa respecto a lo que determina nuestro orden comunitario - las principales costumbres, las instituciones rectoras - empezamos a dudar de los que me ofrecen intercambios en comunidad, a desorganizarnos y a sufrir.

Cuando deja de ser familiar, la realidad se transforma en fuente de dolor.

Al poner en dudas nuestros conocimientos, creencias y conceptos, perdemos convicciones y un aspecto sombrío comienza a envolvernos. Se vive la pérdida de creencia en lo existente. Y con esa dubitación, arrastramos la de nuestra propia representatividad institucional en la comunidad, la fuente del propio Poder; empezamos a sentirnos desvalorizados. Sufrimos la depreciación de nosotros mismos.

Extraviados en el mundo y faltos de Poder, debilitada o anulada nuestras instituciones rectoras, pueden imponernos fácilmente en las confrontaciones cotidianas, otros “mundos” y otros ordenes

Caemos en el dolor de vivir una vida enajenada, significada por otros: la locura.

*El cosmos es un cosmos de sentidos* y el otro, significando su realidad conmigo, es colaborador en el hacer y hacernos. Pero simultáneamente, durante los intercambios, los demás nos violentan con las influencias que traen en sus cosas, proyectos, conductas y sentimientos. Influencias de otros lugares sociales en que fueron creadas y configuradas.

Cooperando y confrontando en cada encuentro, vamos por la vida tejiendo un orden de civilización, un orden de sentidos, que necesitamos y que transgredimos permanentemente.

En el cotidiano vivir, ordenando y desordenando personas y mundos, como seres sufrientes, por ser *seres del orden y el desorden*, buscamos la utopía de una estructuración final que nos asegure perpetuamente. Objetivo vano pero del cual no podremos desprendernos, ya que el sentimiento de seguridad que daría esta situación ideal, como un campo iluminado, fascina con su majestuosidad.

Por estas razones, por mas que no queramos sufrir ni agredir, ello puede sernos imposible de evitar. Esta en el orden de las cosas que suframos y enloquezcamos.

## Capítulo 3

### **SOBRE LA CURA**

En este capítulo intentaremos presentar una síntesis de conceptos ya desarrollados, comparando lo que llamamos el Modo Terapéutico Asistencial (M.T.A.) con el Modo Curativo Promocional (M.C.P.). Mostraremos la diferencia substancial entre ambos y precisaremos algunas ideas que hemos elaborado sobre lo que es *la cura*.

En los tratamientos médicos-sanitarios se da por supuesto que se sabe lo que se busca y a eso se le llama *cura*. No obstante, esa “obviedad” es una elaboración en íntima relación con la concepción de hombre y mundo que tengamos construido.

Pero si bien a nivel orgánico esta creencia no produce mayores distorsiones, lo que se entienda por ello en los tratamientos denominados “mentales” influye directamente sobre los resultados que se encuentran.

#### 1) **¿Que es curar?**

Trabajando con el modo asistencial tradicional, se trabaja sobre *el mismo ser sufriente* y la cura deviene de ello.

Para el M.T.A., *la cura* es un punto de llegada. Existe la palabra “alta” que ilustra sobre ello y si esta no se produce existiría otra, “crónico”, que alerta sobre un estado de perpetua enfermedad. Las internaciones manicomiales indefinidas se apuntala en esta creencia y revelan una concepción de salud y enfermedad como polos opuestos, absolutos y antagónicos, como si locos y cuerdos poseyeran distintas naturalezas.

De otra manera, para el M.C.P. *curar* es ayudar a alguien a que pueda transitar su propio camino vital. Acompañándolo, advirtiéndole los riesgos, pero alentándolo a que los asuma. Se cura colaborando con quien nos pida ayuda por su dolor, para que encuentre su destino personal. Se lo cuida en la “travesía”.

Con este modo, la cura no se realiza operando sobre el propio ser sufriente sino sobre *sus condiciones de existencia*.

Este Modo no actúa por acción directa, sino induciendo a que los demandantes se sitúen en actitud creativa y autogestiva, entendiendo que un estado de buena salud, como cualquier cosa, debe ser creado con los mismos mecanismos que utilizamos para “producir” diariamente nuestra realidad.

Cuando un equipo promocional trabaja con M.C.P. y dice que se ha centrado en “*la tarea de curar*”, lo que está diciendo es que satisface necesidades de carenciados y defiende derechos de oprimidos, o sea, crea condiciones de posibilidad para el crecimiento humano.

## 2) **¿Quién cura?**

Con el M.T.A. cura solo el técnico experto, el profesional. Y se supone que es el único que sabe hacerlo. Ellos suelen aceptar que a veces devienen curas sin sus intervenciones, pero a este fenómeno nunca le prestaron mucha atención. Si, a los portadores de síntomas “rebeldes”, a los que han denominado “crónicos”.

El M.C.P propone el trabajo en equipo. De esa manera abre caminos a un protagonismo grupal que incluya a los sufrientes. Estas inserciones, defienden las prácticas sanitarias contra los hegemonismo.

Operar es obrar, el que opera es el hacedor, el que tiene el Poder de hacer. En el M.T.A. el cirujano es el operador por excelencia. En los ámbitos sanitarios tradicionales, operar se equipara en el lenguaje diario con una intervención quirúrgica, es decir con la manipulación y transformación de la anatomía a partir de intervenirla, cortarla. Si el cuerpo fuera un texto, el cirujano escribiría en la carne.

Extendiendo el sentido de la palabra operador, aparece en Río Negro otro personaje que también se hace llamar así: el *Operador de Salud Mental*. Ellos, trabajando en una búsqueda de dignidad humana, ayudan a que los sufrientes hagan sus propias *curas*.

Estos laboriosos entendidos en Salud Mental Comunitaria, expresan y desarrollan la idea de curar como recreación del sí mismo, en cualquier condición de existencia que se pueda transitar.

## 3) **¿Donde se cura?**

Esta pregunta nos remite al análisis del lugar donde se producen los actos curativos.

En el M.T.A., el lugar de la cura, donde esta se realiza y donde en el imaginario colectivo se ha inscripto que debe realizarse, es el clásico lugar de convocatoria para enfermos: hospital, clínica, sanatorio, etc. Aunque si precisamos, deberíamos hablar de consultorios y salas médicas de internación.

Allí, en esos lugares donde una persona no puede permanecer a menos que sea considerada *paciente* - rotulo que da pertenencia al sistema médico-sanitario - los dolientes esperan sumisos y subordinados *el turno de atención*, para luego de liberarse al realizarse *un acto* terapéutico y poder

salir de ese “espacio diferente”. Volver a ser ellos mismos en su cotidianeidad.

Con M.C.P., el lugar de la cura se instala en el espacio natural donde sucede la vida cotidiana. Porque ese Modo construye y reconstruye un estado de salud en cualquier lugar. No hace falta situarse con algún preciso encuadre.

Este Modo curativo intenta la cura sin trastocar el transcurrir de la cotidianeidad, a diferencia de los M.T.A. que deben proceder desde alguna unidad sanitaria, esencialmente conformada con normativas rígidas, condicionante de las personas al ingresar a ella.

En otros escritos dijimos que la vida cotidiana es el lugar de vivir donde es posible resignificar permanentemente el estar; un espacio que ofrece máxima libertad para la imperiosa tarea humana de familiarizar el lugar que ocupamos; donde está facilitado el cambio de situación.

Obviamente en la cotidianeidad también se instituyen los momentos que se viven, solo que allí es corriente traspasar diferentes órdenes.

Por lo tanto, podemos contraponer el estar en la vida cotidiana con un hallarse institucionalizado, donde son escasas las posibilidades de reformular la situación que condiciona el existir.

Independientemente del tipo de práctica realizada - química, física o interrelacional - es la fuerza de la misma institución sanitaria un elemento modificador de un ser. Las personas *cambian* su manera de *estar en el mundo*, de normales a enfermos, de dolientes a curados, por pasar por allí.

Para ingresar en esos lugares, como dijimos, hay que obedecer el mandato de ser enfermo y de dejar de serlo para salir. Como si la cura se produjera por ordenes cumplidas, el mismo regreso al mundo exterior obra de instancia curadora.

Este curioso fenómeno explica algunas persistencias sintomáticas dentro de las instituciones psiquiátricas y su asombrosa disolución apenas damos el “alta” para que vuelva un afectado a su comunidad.

De mas está decir que en algunas instituciones, por ejemplo las manicomiales, sus tendencias iatrogénicas hace perdurar e intensificar las anomalías mentales.

Pero debemos diferenciar este fenómeno de la simple sugestión. Implica mucho más. Pareciera que las normas se inscribieran en las personas, marcándoles la manera que deben presentar para el mundo exterior. Su fisonomía, sus mímicas.

Es nuestro convencimiento que solo por esto, muchas veces las tareas de consultorio curan, independientemente de lo que se hizo allí. O, a pesar de ello.

Entre el cirujano con bisturí, que escribe la conversión del ser cortando el cuerpo y el psicoterapeuta de consultorio, que con palabras consigna la conciencia de las personas, *normatizandole* su estar, hay una semejanza

significativa: en ambos el protagonista de la cura, el que conduce el proceso de transformación, el que ostenta el *Poder* durante el procedimiento, es el experto profesional que atesora un *saber hacer*.

Los enfermos, los profesionales y las instituciones sanitarias representan, una vez más, el eterno drama humano de la disímil repartición del Poder entre los seres humanos.

Cuando la cotidianeidad es negada como poseedora de elementos con potencial curativo, se impide la implementación de ofertas sanitarias promocionales en ella. Es un error.

Uno puede estar en una situación de lectura e inmediatamente prepararse para una situación deportiva, irse a jugar algún deporte y rápidamente prepararse para un almuerzo, situándose en posición de comensal, etc., etc. Disímiles “cúmulos normativos” definirán cada una de esas posiciones, impulsando y condicionando la manera de estar de los que lo ocuparán.

En algo deben modificarse los seres humanos para adecuarse a cualquier nuevo fin.

Al decir esto, estamos reconociendo y postulando que en ese ámbito, el ordinario, el del estar habitual, es también posible ejercer influencias correctivas de posiciones dolorosas. Nunca creímos en un estar cotidiano donde no se transiten situaciones instituidas.

Aprovechando la necesaria transformación de sí que sobrellevan los demandantes cuando pugnan por alcanzar nuevos fines, el M.C.P. intenta influir desde sus cotidianeidades para ayudarles a superen sus estados de dolor.

Se puede apelar a fuerzas institucional-comunitarias en cualquier lugar y momento para lograr objetivos sanitarios. Para ello podemos simplemente recurrir a cambios de posiciones instituidos en la cotidianeidad.

Con tales injerencias, pues estos cambios son inducidos “artificialmente”, buscaremos anular la presencia de pautas marginantes que causan posturas dolorosas.

La mutabilidad situacional caracteriza la cotidianeidad

Estamos en la vida cotidiana en un espacio que conformamos permanentemente con nuevas normatizaciones, un lugar con perpetuos cambios donde imperan mandatos alternativos. Y así como vimos en las instituciones sanitarias disposiciones de enfermedad y de cura, así también pueden encontrarse en la vida cotidiana tales imperativos. Los dictan las madres, maestros, amigos, vecinos, las costumbres y señales de las calles, los carteles, opiniones, medios de comunicación, etc., etc..

Por la existencia de este complejo nudo de condicionantes sobre salud o enfermedad, las prácticas sanitarias promocionales requieren, siempre y necesariamente, investigación de esos “cúmulos”. En cada caso, explorar

las disposiciones presentes en el entorno, para que alguien sea sano o enfermo, es condición inicial de un tratamiento con M.C.P.

No puede haber dudas que utilizando este enfoque operativo el consultorio “queda chico”. Cuidar siempre y en toda situación, exige de todo lugar. Debimos ampliar el concepto de hospital.

#### 4) **¿Cuándo se cura?**

Desde el punto de vista del Modo de trabajo Rionegrino, toda persona *siempre* sé esta curando. También podríamos decir que simultáneamente, continuamente nos estamos enfermado en tanto somos seres situados, en crisis.

La enfermedad, o si se quiere el cúmulo de condiciones que quiebran nuestra situación de equilibrio, no actúa solamente en los horarios de trabajo tradicional, por ejemplo de 8 a 16 hs. La locura obliga las 24 hs. Ese tiempo exige una organización de Servicios de Salud Mental acorde a esa petición de trabajo.

Para el M.C.P., eso supone un sistema asistencial que contemple delegación de responsabilidades asistenciales y autogestión de los mismos sufrientes.

Cuando se delimita un lugar institucional para realizar un *acto terapéutico específico*, simultáneamente se está señalando el tiempo necesario para realizarlo.

Al trabajar con M.C.P., el tiempo de curar es pleno a diferencia del tiempo que utiliza el M.T.A. en sus prácticas, por ejemplo, de consultorio. En este último caso, se cura con trabajos de tiempo preciso, pedido y acotado; se cura en un turno. En un tiempo de trabajo con un antes y un después prefijado, respetado y cumplido.

Pero resultó de ello, que el M.T.A. no intentó producir la cura en cualquier momento sino en algunos pocos, en *El turno o en la Fase de internación*, que con rigidez parecen despreciar al vivir cotidiano.

Ocurre lo contrario con el M.C.P.. Podemos entonces inferir que habría dos diferentes conceptos de “tiempos” para estas dos modalidades de ayuda: el tiempo sanitario entendido como tiempo “acotado” o como tiempo “permanente”.

Esta doble experiencia de la temporalidad asistencial, según se opere con una u otra práctica, viene a sumarse a otras muchas formas de aprehender la temporalidad en los sucesos: prolongación del tiempo en las esperas, acortamiento del tiempo durante los momentos activos, distorsiones temporales patológicas, mediciones del “tiempo físico”, etc.

Trabajando con la idea de Ser Humano como Ser situado, para el M.C.P. las situaciones de atraso y miseria *ya son elementos de la enfermedad*. Por tal razón, un segmento importante de las tareas que llevan a cabo los trabajadores de Salud Mental que operan con Modalidades Curativas Promocionales, se centra en mejorar las condiciones de vida de las personas que demandan por sufrimiento mental.

Al ver la realización de estos cometidos, la típica posición adoptada por aquellos que adhieren a Modalidades Terapéuticas Asistenciales es de incompreensión. Aducen casi siempre que esas tareas, si bien meritorias, no son de incumbencia específica de ellos como técnicos-profesionales. A veces les escuchamos decir que “no han estudiado para hacer eso”, “que si bien son actividades ineludibles de realizarse deberían ser tareas de otros”, “que no hay cientificidad”. “¿Dónde esta la demanda?”. “¿Dónde esta la subjetividad?”, etc..

A pesar de tales observaciones, los trabajadores que operan con M.C.P. no eluden las mismas cuando necesitan realizar acciones *inespecíficas* para aliviar dolor y utilizan todos sus recursos científicos o no científicos disponible. Existe un compromiso personal que impide desligarse de un “caso” solo por una supuesta falta de cientificidad en sus ofertas.

Cuando “escuchan” al otro y le advierten un contexto marginante - falto de alimentación, de reconocimiento personal o de interrelaciones - aunque no haya habido palabras, le *prestan “oído”* a los que piden ayuda y saben que ofrecer.

El texto de nuestra historia son nuestros sucesos desplegados en el tiempo, “escritos” en nuestra conciencia, en la de los demás y en la colectividad.

¿Qué texto será el que se escribe “fuera“ del tiempo cotidiano?. El texto del poder de los otros ejercido sobre nuestro ser.

Para poder influir- curar en trabajos con M.T.A., se debe producir una descontextualización que conlleva una *deshistorización*. Las practicas, por ejemplo, se repiten insistentemente a través de los tiempos con rigurosa monotonía.

Un buen ejemplo a dar, es la penosa distorsión temporal que sufren los internados. Esta distorsión temporal se estampa en las Historias Clínicas: solo rescatan aspectos impersonales, signos y síntomas, diagnósticos, practicas terapéuticas. En los espacios institucionales que operan con M.T.A., la historia vital es reemplazada por una “historia clínica”.

Los equipos sanitarios que operan con modalidades promocionales tratan de eludir la dolorosa despersonalización rotulante que se instala durante una institucionalización sanitaria.

La organización sanitaria solo reconoce aquello que ritualmente queda bajo la influencia de sus ceremonias fundantes. Así, tiende a actuar como si la locura tuviera horario para ponerse en actividad.

En tanto parte de procesos mágicos, el tiempo institucional se encuentra enmarcado por ritos. Por caso, el “fichaje” del público interno o externo, que abre y cierra el “ser para la institución”, dejando dentro o fuera a las personas que diariamente transcurren por ella.

Indudablemente la distorsión del tiempo vivido es un fenómeno común en las macroinstituciones y debería atenderse a esa fuente de dolor cuando se desarrollan en nuestros hospitales las prácticas sanitarias con M.T.A..

Cuando la cura es realizada con modalidad promocional en el ámbito comunitario y sobre la vida cotidiana del sufriente, es posible controlar estos aspectos y ayudar al sufriente sin a-historizarlo, organizándole una ayuda de tiempo completo.

### **5) ¿Con que se cura?**

Cuando hablábamos del operador por excelencia, el cirujano, “escritor” del Poder Médico ganado sobre cuerpos de sufrientes, nos referíamos a quién cura en lugar y tiempo preciso. Con su saber, con un conjunto de instrumentos conceptuales y materiales, interviene con eficiencia notable.

El cirujano no cura por una particular y amable manera de interrelacionarse con la persona sufriente sino por su capacidad de influirlo. Su potencial no brota de esa relación ni de esa situación; es más, la situación de quirófano despersonaliza a las partes: unos están vestidos todos iguales, con los rostros tapados y atrás de una luz potente que encandila al que intente mirarlos. Los otros, concretos sujetos sujetados, son personas “preparadas” quirúrgicamente, sedadas y al fin anestesiadas para intentar operar la cura.

Casi mágicamente, de un corte, en poco tiempo, el cirujano cura. Una disfunción corporal, que fue de alguna manera uno mismo durante algún tiempo, se deshace en pocos minutos. Con su poder el cirujano parece reírse del tiempo y de la historia de las personas. Impersonal, frío, hermético, mudo, transforma a los seres brindándoles bienestar. Es preciso.

Algunas prácticas o técnicas físicas que tienden a la cura psíquica parecen haber pretendido tal eficiencia, pero fracasaron estrepitosamente. Las terapias de shock, los baños, incluso las técnicas psicofarmacológica, envidian esa capacidad. La subjetividad impredecible de los sufrientes mentales a estado trastocando ese sueño hegemónico.

Pero aun con limitaciones, muchos productos medicinales son usados útilmente para las curas. En algunos casos dan alivio efectivo a los demandantes, otras parcial y/o transitorio.

Los psicofármacos producen efectos corporales y por ende, una transformación en los estados de conciencia y humorales. Su tipo de acción es meramente intracorporal. Pero con ellos, se ha logrado mejorar notablemente ciertas condiciones del transcurrir diario. Son por eso un gran avance respecto a los crueles sistemas y métodos de control que se ejercía antiguamente para someter al sufriente mental.

Mientras las medidas físicas operan desde “afuera” las sustancias químicas influyen desde “adentro”. Ambas tienen en común que les es prescindible que el sujeto al que se las apliquen apruebe su empleo.

Pero como siempre existe una representación interior de la ligadura terapeuta-paciente, análoga a la vinculación activa en el mundo exterior, aquella prescindencia señalada nos abre un cúmulo de interrogantes sobre la carga emocional-significativa que traen estas aplicaciones.

En los tratamientos químicos pasan cosas dentro de los cuerpos al derramarse las mudas sustancias. Las personas medicadas sienten sus cuerpos diferentes y entorpecidos sus movimientos, refieren dificultades para relacionarse con el mundo exterior y para comunicarse con los demás, se perciben rígidos y a veces sujetos... pero *nadie* los sujeta.

Como si no tuvieran todas las representaciones que deberían tener. Como si, justamente, estuviera montada una fantasmal situación de control que apuntara a ello. No hay diálogos ni mandatos, obedecen a una ausencia. Se sienten transformados y dicen sentir dolor. Sufren fascinados.

Las técnicas psicoterapéuticas son en estos tiempos el recurso curativo preferido de los que han percibido los efectos desastrosos de la despersonalización operada con formas físicas y químicas. Toman con estas prácticas el “atajo” de una cura que intenta evitar ese dolor.

El recurso que utilizan para influir transformaciones son palabras cargadas de significaciones, intercambiadas durante relaciones interpersonales normatizadas. Igual que las medidas farmacológicas, operando desde marcos psicoterapéuticos cerrados, buscan influir en un adentro que es el otro “adentro” que poseemos: nuestra interioridad psíquica.

Así como el cirujano “escribe” sobre nuestra carne la transformación de nuestro ser, así también el psicoterapéutico “escribe”, con palabras, nuestra conciencia. Nos da, nos ayuda a encontrar o nos libera, palabras que ordenarán nuestra historia. Por él ganamos nuevas perspectivas en nuestro transcurrir. Nos ayuda a hacer nuestro “texto” con recuerdos interpretados y sucesos señalados, apelando a un encuadre terapéutico cerrado que facilita su fijación.

Entre los técnicos Psi suele hablarse mucho del Poder del médico. En realidad la palabra es un instrumento operador más eficaz que el bisturí. Su trascendencia social y cultural así se demuestra en la historia.

Pero sobre el psicoterapeuta sé a posado un “manto” de misterio; a ganado una aureola de inaccesibilidad racional que facilita su hacer; es decir, saber de nosotros mientras no sepamos nada de él. Estas personas no están con nosotros compartiendo el dolor; solo nos saben. Y con ese saber, que duele, es con el cual nos ayudan a que dejemos de sufrir.

Pero ofreciendo ese “beneficio”, se pierde para el trabajo interdisciplinario y comunitario. Ha establecido una “distancia higiénica” que lo protege, pero lo aísla.

El Poder es opacidad, en mayor o menor medida. Para intervenir en la lucha y ejercicio por el Poder uno debe sorprender transparente al otro. No se puede ser “totalmente” translúcido si queremos influir. Y es curioso como algunas técnicas terapéuticas apelan o exigen de un encuadre donde incluso no se pueda ver el terapeuta, ya que si notáramos que nos mira bajaríamos los ojos, ventana del alma, transparencia aprehensiva. Nos velaríamos.

En las clásicas psicoterapias no es posible dejar de percibir una notable diferencia de poder entre las partes intervinientes, un poder que es, justamente, el usado para influir y curar.

Todos nos podemos curar con palabras dichas en situaciones favorables. No subestimemos el poder de La Palabra. Primero fue el verbo.

Pero en los recuerdos ordenados psicoterapéuticamente podemos hallar los mandatos de cura junto al respeto por la investidura del psicoterapeuta y su ciencia. Casi de la misma manera que el mandato de curarse en las instituciones médicas, inscrito, penetrante aunque impalpable,.

Las cosas, letreros, muebles, etc., de las instituciones médicas, como un cuerpo, portan sentidos que marcan la manera que la institución exige de estar en el mundo. En aquellos lugares sanitarios se encuentran, disimulados entre las paredes, los escritorios, las salas de espera, o en cualquier lugar concurrido y de miradas poco atentas, a manera de mandato subliminal, mensajes y obligaciones de enfermar y/o curar.

De igual manera, en nuestro cuerpo es posible percibir gestos, actitudes posturales, mímicas y fisiognómicas que revelan las mismas inscripciones en nuestra conciencia.

Irrumpiendo entre las formas de tratamientos dominantes en nuestra cultura, nosotros hemos propuesto curar con el recurso simple del *acompañamiento*. Acompañar para compartir e intercambiar con los sufrientes en la cotidianeidad. Creando y recreando recursos curativos.

Aunque salir a pasear, encontrarse con amigos, leer un libro, escuchar música, etc., suelen no ser reconocidas con el mismo valor de “científicas” que las interpretaciones psicoterapéuticas o las prescripciones psicofarmacológica y pese a las resistencias académicas por darles categoría de recurso terapéutico, poseen estas acciones el mismo nivel de eficiencia, y en algunos casos mas, que las tradicionales.

Muchas veces, recomendaciones semejantes incluso suelen ser ofrecidas por aquellos que estamos llamando “técnicos tradicionales”: ”Vaya, salga a caminar con un amigo. Se sentirá mejor”. Pero aún en eso nos diferenciamos de ellos: nosotros damos además el *préstamo categorizacional sanitario* para que ese amigo, paseo, libro, etc., pueda ser curador o recurso curativo.

Por último, en esta cuestión debemos contemplar mas allá de todas las “teorías” sobre la cura. Porque las personas, desde el origen de nuestra especie, han buscado aliviar su dolor - curarse - ayudándose en la cotidianeidad. No se esperó un mandato médico para ejercer la solidaridad.

Hay un refrán que dice: “ Si en un bosque solitario, sin nadie para escuchar, un árbol se parte, aunque estalle no hace ruido. Sin embargo cae.”

Oponemos francas modalidades de trabajo curativo, comunitario y promocional en la vida cotidiana, a las viejas formas enigmáticas de hacer terapias. Ese es, en síntesis, el modo técnico paradigmático que ofrecemos para producir un proceso de desmanicomialización.

Pero dijimos que la transparencia es el color de la fragilidad y que es necesario cierta opacidad para poseer poder. Desde un análisis de las tácticas del poder eso es verdadero, aunque queremos recordar que podría haber excepciones según una metáfora popular: el diamante a pesar de su pureza diáfana, es uno de los materiales más duros de la naturaleza.

Viendo nuestros resultados, que exigieron capacidad de influencia, quizás no seamos tan transparentes... o serlo totalmente en nuestras intenciones y condiciones es una pretensión utópica, a perseguir pero inalcanzable. Un horizonte.

La naturaleza de nuestra fuente de Poder puede explicarse de la manera siguiente. El M.C.P., proponiendo trabajos en equipo, como grupo, elude las tendencias personales por acceder a una hegemonía en su ejercicio para poder (Poder) curar. A ese poder que opaca, lo dejamos en un *lugar ideal*, grupal, equidistante de todos... para usarlo todos.

No queremos dejar en el lector la idea de que en nuestros trabajos promocionales despreciamos el uso de instrumentales técnicos-científicos tradicionales. Mucho menos. Quienes hacen uso de este estilo curativo, aplicamos *todo* lo que sepamos útil para el logro de las estrategias planificadas. Lo que sí creemos, es que se da un uso diferente para el mismo recurso según se aplique con M.C.P. o con M.T.A.

En las curas promocionales tratamos de que no aparezcan elementos “herméticos”; nada debe ser incognosible por “mandato original”. El conocimiento del uso de recursos para las curas debe ser de libre acceso a todos los operadores. Independientemente que luego las legislaciones vigentes exijan que solo algún integrante del equipo haga uso de ellos.

Por ejemplo sobre la medicación. Si no se socializa su conocimiento, a pesar del buen uso que quieran hacer de ella los equipos promocionales

podría transformarse en barrera resistencial para la aplicación de Modalidades Curativas Promocionales. No por su valor terapéutico, sino por la dificultad legal de manejarla en equipo. Su presencia en las prácticas cotidianas de Salud Mental puede marcar una tendencia regresiva hacia trabajos individuales, herméticos y para nada participativos.

En cuanto a las psicoterapias, la impenetrabilidad plasmada en el lenguaje técnico suele hacer imposible su transmisión clara, sus principios y fundamentos.

Algo ideológico marca al fin las diferentes aptitudes para operar con M.C.P. o con M.T.A. Nuestra experiencia dice que no todos los profesionales están dispuestos a compartir su saber-poder con aquellos que carecen de ello.

En las paredes de un antiguo templo Egipto hay una inscripción. Dice mas o menos lo siguiente: “los conjuros y las palabras mágicas han perdido su poder desde el momento en que se han visto expuestas a las miradas de la gente común”.

La interdisciplina del M.C.P., en su trabajo de viejos temas como la locura, socializando el saber hace un corte histórico sobre las ciencias psicosociales. Instala una nueva esperanza donde las disciplinas científicas, aplicadas hegemónicamente, han fracasado.

Con esta modalidad, son los “usuarios” los protagonistas de la aventura de investigar sus dolencias y buscar el saber (hacer) sobre sus curas. Quedan los técnicos y profesionales tradicionales como simples acompañantes y orientadores.

De la marginalidad solamente salimos siendo vistos y reconocidos en nuestra mismidad. El acompañamiento durante un tratamiento no solo impide la despersonalización de los actores. Les garantiza respeto. *Mirarse*, como respeto, son palabras derivadas de una misma: rostro (que mira).

Pero para los que trabajan con M.T.A. muchas de estas postulaciones no son validas. El principal razonamiento que escuchamos contra el acompañamiento, arguye que querer acompañar el estar de otro en su dolor, es una empresa imposible de realizar; que ante el dolor de los otros debe ponerse una distancia “necesaria” para poder operar su cura con eficiencia.

Esta resistencia, porque así lo consideramos, la desmentimos cuando mostramos nuestros trabajos en la cotidianidad del sufriente mental. Durante esas tareas no padecemos un perpetuo examinar suplicios, sino la observación de un vivir, también fuente de placer.

No obstante, algo de cierto pueden tener estos detractores si se trabaja en forma solitaria, buscando “santidad” o “heroicidad”. Es el trabajo en equipo lo que preserva del dolor que produce tal involucración en las tareas. Debemos tener en claro que es diferente ofrecernos individualmente a que un equipo se ofrezca como sostén de identidad.

Como cierre y a manera de síntesis, diremos que con el M.T.A., el recurso terapéutico, físico, verbal o químico, tiene *un valor en sí*. Por el contrario, el M.C.P. reconoce el valor de influencia de esos recursos pero los ubica en una estrategia donde cada elemento *depende* de los demás. De su adecuación al proyecto de reinserción social. Cualquier recurso curativo tendrá importancia, solo si sirve para acercar a una persona sufriente a ese objetivo.

Cuando se trabaja con M.C.P., los medios tienen un valor relativo a esa intención. Su valor de curativos deberá probarse en cada ocasión, en contraposición a los M.T.A que suelen poner sus recursos operativos en lugares inaccesibles a una crítica evaluativa.

### 6) **¿Que es lo que cura?**

Para los que trabajamos en la cura de manera promocional, compartir el dolor del demandante es casi la *condición* necesaria para (Poder) curar.

Ya afirmamos que para curar hay que respetar la dignidad humana. Pues bien, mucho del sufrimiento mental deriva, simplemente, del no-reconocimiento del otro como persona. Solo acompañando a un semejante, estando ahí, abriremos las situaciones cerradas en el dolor y podremos comenzar a trabajar para la vida.

Lentamente fuimos aprendiendo a ver aparecer el dolor durante las tareas que buscan la cura y no por eso abandonarlas. Contrariamente, el dolor y el sentido de la vida se fue transformando en nuestra principal temática de reflexión grupal. Cada estrategia terapéutica a diseñar nos llevó a esas cuestiones.

Por su trascendencia institucional, este tema merece mas comentarios.

En general las organizaciones sanitarias tienden a evitar la percepción del sufrimiento a través de mecanismos de negación internos que lo hacen imperceptible para sus agentes.

Pero como el que concurre a curarse es un ser sufriente, todas las disposiciones y reglamentaciones desplegadas para renegar del dolor despersonalizan el trato con los usuarios. Así se obstruye el necesario compartir reparador.

Cuando este fenómeno se generaliza, la ineficiencia el desamparo y la iatrogenia tiende a cubrir el campo de las prácticas de Salud Mental.

Otra de las causas de haberse creado los manicomios fue la necesidad de negar el dolor que conlleva la locura. No solo se los saco de los hospitales generales, sino se los llevó fuera de las principales ciudades, aislándolos de las comunidades. Se pensó dar por concluido el asunto. Hoy se ve el fracaso.

Hay otro hecho afín a este apartado. Cierta cantidad del dolor que padecen las personas sufrientes mentales tratadas con M.T.A., proviene del esfuerzo institucional que se ejerce sobre ellos... *para que no sufran*.

La aplicación de medidas de control dentro de las instituciones psiquiátricas tradicionales, suelen realizarse con el argumento de que “no deben exponer a los internados a situaciones de inseguridad”. Pero sobreprotegiéndolos, se los anula. “Suprimiéndolos” como seres de riesgo, las organizaciones lo sumen en otro estado de dolor. El de no ser.

Paradoja trágica. Durmiendo en sus camas, sentados en sus sillas, no son contemplados.

Con este razonamiento no queremos que se piense que tenemos la idea de renegar de la atención asistencial para el sufriente mental; que postulamos se lo deje “tal cual”. Nada de eso. Solo estamos diciendo que nos parece alarmante la cantidad de *innecesario* dolor que se le suele provocar para que deje de sufrir.

Aunque sepamos que cierta cantidad de dolor es inevitable en las prácticas de ayuda que produzcamos o recibamos, creemos que podemos disminuir notablemente el monto que producen los manicomios.

Una fuente de dolor en las prácticas de ayuda es la misma institución, sus marcos normativos, su dinámica despersonalizante: no poder salir; en tal hora sí, en tal no; no poder hablar con tales personas; vestirse de tal manera; no poder recibir algunas visitas; no poder pasear por tal lugar; no poder comer eso; a tal hora apagar la luz; a tal hora prender esta o no poder prenderla; deber ver al médico a tal hora, antes no; tomar medicación sin saber para que, etc., etc..

Por tales razones, inevitablemente la atención de nuestros usuarios nos debía llevar por un lado a tratar de resolver los “casos”, pero por otro, a tratar de transformar las instituciones. Sobre esta diversidad, decía nuestro maestro Mario Testa que hay tres “frentes” - de amor, trabajo y lucha - que exigen sus esfuerzos a los equipos sanitarios promocionales.

Un día Hugo Cohen dijo que, para él, todos los seres humanos son padecientes, *hermanados* por compartir el dolor. Y que participando en el sufrimiento de otros surge nuestra potencialidad curativa que ofrecemos como instrumento de cura. Seguramente es así.

En otros escritos, al hablar de Modalidades Terapéuticas Testimoniales puestas en prácticas por los grupos de autoayuda, desarrollamos esta idea de compartir el dolor y la vida como elemento terapéutico. Compartiendo la experiencia productora de dolor en el acompañamiento solidario y ordenándolas en prácticas testimoniales, se inscriben las individualidades en el mismo drama humano de morir y renacer perpetuamente.

La historia de la humanidad, la que nos da la última referencia de identidad y el horizonte para toda búsqueda personal, está escrita con el sufrimiento de todos y en el dolor de cada uno.

### 7) ¿Como se cura?

Sobre las prácticas asistenciales clásicas, psicológicas y psiquiátricas, señalábamos que terminaban *controlando* y *sometiendo* al que se declara enfermo. Como si el M.T.A. exigiera sometimiento como condición para las curas. De esa manera lo registra el lenguaje diario de las instituciones medicas: “deberá *someterse* a un tratamiento” o sino “vuelva tal o cual día para *un control* de medicación”, etc., etc.

Todo el sistema de atención médica tradicional nos habla de situaciones de sometimiento y de una llamativa desigualdad de poder entre los que piden ayuda y los que la brindan. Las curas con ese tipo de tratamientos no solo expresan sometimiento sino que reflejan un complejo cultural basado en principios de desigualdad.

Esta interacción *desigual* contrasta con los tipos de encuentros intersubjetivos que proponemos al trabajar con M.C.P..

Realizando practicas sanitarias con modalidades promocionales, el mayor numero de intercambios se ejecutan en el plano de la vida cotidiana. Allí, en ese ámbito, también hay ejercicio del poder e igualmente se producen sometimientos a condicionantes, pero habiendo permanentes posibilidades de reformular las relaciones de influencias, la cura se hace menos traumática y más digna a la naturaleza humana.

A diferencia de las prácticas realizadas con M.T.A. que someten siempre a las *mismas condiciones institucionales*, las personas atendidas con recursos promocionales sufren *diversos, múltiples e inesperados condicionamientos*.

Con maneras asistenciales tradicionales, nos curamos, mas o menos, siguiendo los mismos pasos técnicos. Con M.C.P., *cada persona encuentra su propio camino a la cura*.

Solo por estas razones, todo cambio de sí será menos doloroso si se produce fuera de las rudas instituciones conservadoras.

Pero no solo el manicomio, sino la cárcel y las demás entidades de control, se han afirmado en nuestra cultura en el supuesto de que es necesario estar institucionalizado para recuperar algún hipotético estado “normal” de ser.

Contrariamente, la modalidad de cura promocional parte del supuesto que el protagonista de ella, el sufriente mental, reencontrará su buen estado de salud en la vida cotidiana.

Esta presunción del M.C.P., contrasta con las creencias que subyacen al trabajo asistencial clásico, donde apartando a las personas de su medio

habitual se trata de condicionarlas dentro de instituciones totales. Pero de donde surgió esa convicción. Esta idea derivó de aquella otra que supone al cuerpo humano necesitando de análogos procesos y condiciones para superar problemas físicos. ¿O acaso la internación no es ejemplo de eficiencia recuperadora?.

Y esto también es cuestionable. Porque así como sucede en el plano mental, lo que realmente permite superar un desequilibrio orgánico son los propios sistemas intracorporales reparadores e inmunológicos que debimos haber madurado a través de nuestro desarrollo. No son los antibióticos o las intervenciones quirúrgicas lo que nos terminan salvando de las enfermedades, sino el poseer *aptitud personal* para curarnos.

Este potencial, paradójicamente, se fue estableciendo y desarrollando con sucesivas y variadas enfermedades contraídas en el pasado. No es por haber sido “muy sano” que nos curaremos de ocasionales afecciones, sino precisamente por haberlas padecido y sabido resolverlas anteriormente. Es conocido el éxito que a tenido la aplicación masiva de vacunas sobre el estado de salud de la población mundial.

Ontogenéticamente y filogenéticamente, hace guardia por nuestra salud un “aparato curativo interior”.

Por supuesto los recursos terapéuticos químicos y físicos influyen y son sumamente necesarios, desde que han aumentado notablemente las expectativas de vida de la humanidad. Pero no habría ninguna cura posible sin esa aptitud personal a curarse que se ha ganado naturalmente.

En el plano psíquico, equivalentemente, afectos psicopatognómicos que invadan nuestra interioridad, como miedo, tristeza, etc., solo pueden superarse si habiéndolos sentido anteriormente fueron posibles de elaborar, soportar, “manejar”.

Algunas explicativas hablan de “derivar tensión”, “capacidad de tolerar frustraciones”, adquirir “confianza básica”, etc., pero todas coinciden en que para resultar exitosas debió haberse preparado una persona viviendo sucesos parecidos.

Avanzando sobre este supuesto, postulamos que no solo para enloquecer sino también para recuperar la cordura, las personas deben vivir experiencias precisas.

Esta es el fundamento de porque proponemos curar lisa y llanamente en la cotidianidad, mejorando las condiciones que hacen el estar-en-el-mundo y ofreciendo actuaciones correctoras *fuera* del consultorio o de las paredes de las instituciones que solo trabaja ahí para la salud.

Los que trabajamos con M.C.P. consideramos que cualquier espacio social puede ser usado como lugar sanitario, e intuimos que este modo curativo merecería otro tipo de organización sanitaria que lo cobije, en reemplazo del actual ya ganado por los modos terapéuticos asistenciales.

Y sin duda otro tipo de formación profesional para el actual personal técnico-sanitario. Estos deberían ser capaces de pautar como curativas las múltiples situaciones de la vida cotidiana - deportivas, de entretenimiento, paseos, de lectura, etc. - e integrarlas a programas terapéuticos promocionales y comunitarios.

Si se quiere ayudar a un sufriente ya no se debería intentar separarlos del medio habitual; se impone para dar la cura, integrándolos a *su* comunidad.

“Quién abra un espacio de encuentro esta haciendo Salud Mental”.  
“*Basta de aislamiento y reposo para curar*” - dice mi amigo Juan Manuel Sialle - “es tiempo de integración, de compartir e intercambiar para acceder a la cura”.

## Capítulo 4

# **LA DESMEDICALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL.**

*Diferenciando una materia o asunto médico de uno sanitario, podrán visualizarse algunos tipos peculiares de obstáculos que se presentarán al proponernos objetivos de salud.*

### **A) LA DESMEDICALIZACIÓN EN LOS ACTORES MÉDICOS.**

#### **1) Salud Mental e intersectorialidad.**

Cuando con algunos amigos, hace ya algunos años, realizábamos tareas comunitarias en pro de la Salud Mental, nos planteábamos algunos problemas y nos encontrábamos con algunas cuestiones, que ahora, al encarar nuevos trabajos de esa índole, volvemos a descubrir.

En aquel tiempo observábamos que al coincidir en la comunidad, en encuentros intersectoriales, distintos representantes institucionales o voceros de ellas, cada uno trataba de organizar la situación de intercambio según los propios parámetros normativos que traían de sus instituciones de origen. Trabajaban para sus particulares fines. De allí la confusión en esos encuentros que, entonces como ahora, obstaculizan la organización comunitaria al superponer o anular múltiples esfuerzos de diferentes organizaciones.

Las preguntas actuales sobre el mismo tema surgen en nuestros trabajos con modalidades curativas promocionales cuando los realizamos desde múltiples y variados lugares y no solo desde los tradicionales espacios sanitarios. Realizamos tratamientos en la cotidianeidad - tomando a esta como aquella manera de estar donde es posible (y así sucede) variar permanentemente de posición situacional, de posición instituida - y operamos sobre el estado mental del que nos demanda desde múltiples instituciones.

Así encontramos otra vez aquellas viejas preguntas: ¿Es posible organizar estrategias sanitarias desde cualquier espacio social, incluso desde los instaurados para alcanzar otros fines, aparentemente no “emparentados” con la salud?. ¿Es posible operar para la salud mental desde otras instituciones que no sean las sanitarias?. ¿Nos serian anulados los esfuerzos?.

Mientras reflexionamos a fin de darnos repuesta, sumaremos a consideración otro aspecto que observamos en las prácticas de Salud Mental: están *medicalizadas*.

Desde una amplia perspectiva, los problemas a resolver por un Servicio de Salud Mental abocado a ayudar promocionalmente, son médicos en poca medida. Incluso algunos de ellos los denominamos sanitarios no por su “naturaleza” sino por haber ganado tal calificativo al buscarse soluciones en nuestro sector.

En Río Negro, nuestro trabajo ha llegado a un punto donde debimos sobrepasar la mera política de no recluir indefinidamente a los demandantes. Tuvimos que plantear la desmanicomialización no solo como un problema político - ideológico, sino, en concreto, *técnico*

Y técnicamente, seguimos el camino de *desmedicalizar* las prácticas de Salud Mental.

## **2) La locura es un problema social.**

Descategorizando al *ser loco* como *solamente enfermo*, desmedicalizándolos, les damos nuestra ayuda. Desrotulados, quedan habilitados para trabajar y luchar comunitariamente por recuperarse e integrarse a la sociedad.

Pero declarar al sufrimiento mental un problema sanitario y no médico puede llevar ha imprecisiones si no fijamos la idea.

Concordante con el postulado “*la locura es un problema social*”, el Modo de trabajo Rionegrino fijó la reinserción comunitaria como fin de sus tratamientos. Cuando una terapia toma esa dirección, decimos que se ha desmedicalizado en sus fines e inferimos que ya no es la enfermedad lo que se atiende sino las personas concretas en cualquier ámbito que se encuentren.

Trabajando desde hace tiempo en tradicionales *lugares* médicos-sanitarios, sostuvimos esta posición con gran esfuerzo.

Por un lado debimos respaldar nuestra “imagen” comunitaria de operarios de la institución hospital, de la que tomábamos reconocimiento social y sentimiento de pertenencia, fuente de identidad. Pero por otra parte, debíamos comprometernos, como *individuos*, con la salud mental de las personas demandantes.

Es con esa segunda actitud, con la que concurrimos al espacio comunitario para colaborar y muchas veces convocar a trabajos intersectoriales de Salud Mental.

Cuando afirmábamos que desde cualquier espacio social instituido se puede y se debe trabajar para la salud mental y que ésta debe ser

considerada un problema social, teníamos a la vista los magros resultados que hasta este momento se habían alcanzado con los enfoques exclusivamente médicos.

Advertíamos que si nos limitábamos a las influencias que podíamos instrumentar con los recursos ordinarios de las instituciones que acostumbradamente tratan de dar cuenta de ese problema, poco podríamos avanzar sobre lo que ya se había hecho; *está probado el fracaso de las instituciones tradicionales en su intento de curar al enfermo mental.*

Obrando en consecuencia, sabiendo lo *que no debíamos hacer* - autolimitarnos - ampliamos considerablemente el número de recursos terapéuticos disponibles. Y en cada nuevo ámbito que transitamos vimos surgir inéditos elementos de ayuda para nuestras tareas.

Si nos hubiéramos quedado en los consultorios o en las salas de internación, no hubiéramos tenido a disposición mas que aquello perteneciente a sus recintos. Recursos útiles para alcanzar ciertos objetivos parciales, muy elaborados a través de múltiples experiencias médico-paciente que les han dado validez, pero limitados para alcanzar el amplio objetivo de la reinserción social.

De todos modos, un hecho siempre cierto es que no se puede operar en Salud Mental ni pretender influir en ninguna otra aplicación semejante, sin pertenecer a alguna estructura de Poder, o sea, a alguna institución.

Por lo tanto llegamos al interrogante inicial: ¿se puede influir para la Salud Mental desde un espacio no reconocido *tradicionalmente* como sanitario?. ¿Por ejemplo desde la municipalidad, la escuela, desde un encuentro de sectores “interesados”, desde una institución primaria, desde un encuentro interpersonal fijado como relación terapéutica en la vida cotidiana de los sufrientes, etc., etc. ?.

Para responder a esta pregunta que parece plantear un conflicto de finalidades institucionales (recuerda al de incumbencias profesionales), deberemos precisar con exactitud lo que denominamos “*Lo sanitario*”.

¿Que es ser un Trabajador Sanitario?.

Ya adelantamos que no debe confundirse el pertenecer a una organización social que tiene el *mandato* de curar con *esta* tarea en sí misma.

Las instituciones sanitarias *obligan* a sus integrantes a particulares y limitadas acciones de salud. Pero también todos realizamos, permanentemente y desde cualquier lugar instituido en que nos encontremos, variadas acciones sanitarias.

En estas dos maneras de entenderse y efectuarse las ayudas sanitarias se apoya el doble sentido que posee ése término. Doble sentido que ha creado toda una problemática de malentendidos. Aclaremos.

Puede entenderse por Sanitario a un *sistema de instituciones* con fines de salud. Y también a la acción cotidiana de quién posee *calidad de sano y capacidad de sanar*.

Por lo tanto cuando se dice que alguien es un trabajador sanitario se puede estar diciendo dos cosas: o que es personal de alguna clínica u hospital o que simplemente es una persona que con sus acciones ayuda a que la gente logre un buen equilibrio vital-situacional. En conclusión, se puede ser un trabajador de Salud Mental aún sin pertenecer a un Servicio de tal índole.

Nosotros aceptamos inmediatamente estas premisas cuando corroboramos que podíamos trabajar en la ayuda al “loco” desde cualquier sitio y sobre cualquier relación que él hubiera establecido. En su misma esfera cotidiana.

### **3) El lugar del profesional y de los técnicos tradicionales en Salud Mental.**

Con las afirmaciones que venimos realizando, seguramente estamos inquietando al *viejo morador* del campo médico. Psicólogos y psiquiatras ante todo, pero también psicopedagogos, psicoanalistas y la amplia gama de técnicos que se denominan especialistas del fenómeno Psi.

¿Cuál es el rol de ellos si la cura es tarea de todos?. ¿En que lugar se los deja, siendo que se denominaban únicos trabajadores de Salud Mental?.

Para la comunidad, las instituciones dan a los hechos o acciones categoría de realidad. Por ellas existen acciones educativas, deportivas, comerciales, etc. y los programas sanitarios le son *reales* por ellas. Los “hechos públicos” aparecen en nuestra sociedad con valor de tales, porque alguna *organización particular* les ha dado su referencia y sus categorías.

Quizás resulte difícil entender que las acciones justas o sanitarias, por ejemplo, deban depender, para ser así, de las formales estructuras que han delimitado en lo social los espacios institucionales judicial y sanitario y, por el contrario, estamos dispuestos a pensar en las cualidades de esas acciones como inherentes a ellas mismas.

Pero sin una organización social que produzca una “fijación de naturaleza” a los fenómenos sociales y desde donde tengamos parámetros para determinar el grado de presencia de sus cualidades, los mismos no se nos manifestarían por ningún signo perceptivo sino fundidos en un caos de realidad no significada.

Así, diversas acciones pueden ser vivenciadas como deportivas al realizarse en la cotidianeidad, solo porque existen instituciones que han categorizado tales particulares esfuerzos humanos. Correr puede tomar un valor deportivo si recibe prestamos categoracionales desde espacios

comunitarios pertinentes: asociaciones o federación atléticas regularizadoras de esas prácticas.

Correr de un peligro o escapar de la lluvia no son acciones consideradas, en el ámbito comunitario, prácticas deportivas. Pero si nos ponemos ropa adecuada y nos “situamos” dentro de algunas normas emanadas de federaciones gimnásticas, entonces si estaremos en condición de verlas con tal propiedad.

Sin esos prestamos, seguramente serian vistos tales movimientos como acciones evasivas, expresión de una excitación, parte de una persecución, descarga de tensión muscular, etc. O sea, se hubiera categorizando el acto, para definir su valor social al momento de percibirlo, desde otra organización comunitaria.

Llevando estos conceptos a nuestros terrenos, podemos afirmar que si no hubiera instituciones judiciales no habría justicia en los términos que socialmente damos al termino. Y, con relación a este capítulo, si no existieran instituciones sanitarias no habría acciones de salud *reconocidas* como tales por la comunidad.

En estos razonamientos apoyamos la defensa de algunas instituciones, mas allá de la critica que hagamos a la forma que suelen presentar. Por ejemplo, defendemos el hospital público para que tenga sentido, existencia y reconocimiento popular, las acciones sanitarias de y *para toda* la población.

Volvamos a nuestro tema. Solo con la existencia de esta institución – el hospital público - podrán recibir validez de sanitarias las múltiples e innumerables acciones de personas y grupos que, efectivamente, ayudan a mantener el bienestar comunitario.

Podríamos dar ejemplos con nuestros trabajos con Modalidad Curativa Promocional. Porque fue gracias a la pública institución sanitaria de donde proveníamos, que nos fue posible aprehender y coordinar el cúmulo de esfuerzos cotidianos de múltiples efectores particulares. Fue desde allí que pudimos calificar como “trabajadores sanitarios” a un sinnúmero de personas en su cotidianeidad.

Ejercer esa función categorizante, *es el rol fundamental que deberían asumir nuestras instituciones*. Por supuesto deberán seguir desarrollando sus clásicas tareas asistenciales, preventivas, de rehabilitación, etc., pero su principal cometido debería ser *organizar el gran trabajo social que la humanidad produce cotidianamente* para mantenernos equilibrados y bien situados en el mundo.

Adentrémonos ahora en la cuestión del “que harán los trabajadores de las instituciones de Salud Mental si todos pueden curar”.

Con este enfoque, los trabajadores de instituciones sanitarias deberían ser capaces de adentrarse en las comunidades y “animar” encuentros interpersonales, grupales e intersectoriales. Promoverlos y compartirlos,

tratando de producir - con el poder que irán viendo surgir de los múltiples espacios instituidos que transiten - acciones fundantes de la salud.

Ante la multitud de nuevos agentes de Salud Mental, los viejos trabajadores sanitarios no pierden importancia sino que ganan nuevos trabajos:

- Categorizar como sanitarias y ordenar en programas las diferentes acciones cotidianas.
- *Crear*, precisamente ellos, multiplicando esfuerzos, nuevos efectores de Salud Mental.
- Y deberán mantenerse como sus referentes comunitarios, por ser representantes y voceros de la institución “origen”.

*Todos podemos ser curadores.*

De este modo, en concreto, se funden los dos significados que tanta confusión prestaron al trabajo sanitario intersectorial. El doble sentido de lo sanitario, como *pertenecientes a las instituciones de salud* y como *poseyendo capacidad de salud*, dejará de confundirnos.

Para los trabajo comunitario de Salud Mental estos dos conceptos deben ser complementarios

#### **4) Los técnicos y las curas.**

El ser humano está en el mundo en un estado de permanente desequilibrio y en tarea de restablecerlo. El desajuste es percibido como dolor y su restablecimiento, ejercitando la capacidad creadora de sí y del mundo, como bienestar.

Como ya se dijo en otros pasajes de este libro, la salud o enfermedad depende del grado de equilibrio o desequilibrio - equilibrio o desequilibrio bio-psico-social y de su situación - que se posea. Y en especial para ser caracterizado *enfermo*, debe alguien presentar incapacidad de solucionar por sí solo el estado doloroso.

Además, dependen aquellas categorías del momento y lugar - cultural e histórico - en que ello se juzgue. Porque siempre existe un preciso contexto social que permite tales realidades.

Por ejemplo, alguien puede presentar un estado de tristeza y mantener esa emoción sin ser “visualizado” enfermo. Recién esa *tristeza* se transformará en *enfermedad*, si una institución sanitaria – que varían en el tiempo y en los diferentes pueblos - puede categorizar el cuadro, supongamos, como Depresión.

Pareciendo tan complejo la determinación de estos estados, salud y enfermedad terminan siendo declaraciones médicas. La “instauración” de la enfermedad, paradójicamente, se produce en los consultorios.

Cuando entramos - se nos admite - a un tratamiento médico, los sujetos dolientes categorizados diagnósticamente como enfermos pasan a pertenecer en exclusividad - en tanto poseedores de esa cualidad del ser - a la institución que así los ha categorizado. Se ha producido, esa es, la institucionalización.

Por este motivo, ante los costos que sabemos acarrea tal estado de enajenación, nuestras prácticas con Modalidades Curativas Promocionales tratan de evitar, en lo posible de manera inmediata a la consulta, *rotular diagnósticamente*. Con esta suspensión del acto diagnóstico, solemos ganar el tiempo necesario para buscar y promover acciones que produzcan “naturales” cambios en el sufriente y le eviten aquella “admisión”.

Suponer que trabajador de salud es solo el médico fue otra indeseable consecuencia del doble sentido de la palabra *sanitario*. En Salud Mental solo los psiquiatras y en este país, mas o menos los psicólogos.

Este supuesto falaz funciona así: si en las instituciones el Poder tiende a localizarse en un punto, en las sanitarias se concentrará en una sola figura, la del medico. De allí podrá delegarse si este lo consiente. Por lo tanto la cura, la concreción del fin institucional, la expresión del ejercicio del Poder (curar), solo puede ser consecuencia de un acto médico.

Para la “lógica” hegemónica del trabajo con M.T.A., ese discurrir es correcto. Todo curador en un sistema sanitario hegemónico, aún por vía indirecta, es médico.

Esta creencia, eficaz en nuestros hospitales, desvía la atención de las cualidades curativas presentes en las múltiples acciones que realiza la gente. Y nos trae dificultades cuando queremos promover trabajos curativos en la vida cotidiana de los sufrientes, coordinando las diferentes contribuciones sanitarias que produce una comunidad.

Como no queremos dramatizar contra nuestro *orden jurídico y las incumbencias profesionales*, diremos simplemente que su actual dictado restringe lo que puede aportar el *hacer popular*.

De todos modos, el marco legal que ordena el trabajo sanitario se interesa primariamente en normatizar, para un control institucional médico, aquellas acciones que se realiza *contra* la enfermedad. Y aparece circunspecto con relación a las acciones que *tienden* a la salud.

Este “silencio” debíamos aprovecharlo para intervenir contra la hegemonía médica.

Favorecidos por esta dificultad discriminativa del sistema, pudo desarrollarse el Modo Rionegrino de trabajo en Salud Mental. Usando el concepto amplio de sanidad y abocandonos a las formas promocionales de hacer la salud, escapamos hasta ahora de las corporaciones hegemónicas que intentan acapararlo.

En nuestros trabajos comunitarios habíamos visto que es imposible para médicos o corporaciones de profesionales, monopolizar los medios

curativos. Se puede mantener prohibidas al común de la gente el uso de algunos recursos químicos o físicos cuya manipulación sin pericia acaree riesgos. Pero para los innumerables elementos presentes en las situaciones cotidianas ello es inaplicable. El diálogo, el acompañamiento, el deporte, etc., usado en los cotidianos, naturales y culturales intercambios interpersonales, no pueden ser normatizados para un uso exclusivo de ninguna corporación.

Sobre los modos primarios de intercambios no se puede legislar ni mandar prohibiciones. Y esas interrelaciones curan.

De todos modos, como compulsivamente las instituciones médicas hegemónicas buscan defender sus privilegios descalificando o negando el valor curativo de los actos comunes y dada la importancia que ellas tienen en la formación del ideario colectivo, deberemos seguir tratando de contrarrestar ese prejuicio. Por ahora denunciemos su interesada negación, pero en el futuro podríamos apelar a cualquier otro medio lícito que nos sea válido.

*Porque debe ser tarea de las instituciones sanitarias, organizar e integrar las acciones particulares en estrategias comunitarias de salud.*

Reflexionemos sobre este tema tomando una perspectiva histórica.

El médico como tal, en el rol que le conocemos, es de apariencia tardía en la humanidad. Durante largos epos hemos estado *curándonos* sin ellos y por lo tanto sin una medicina científica establecida como institución social.

A pesar de esa ausencia - por ejemplo en Roma no hubo médicos hasta que los trajeron esclavos de los Griegos casi 500 años después de la fundación de esa ciudad - la gente *recobraba su estado de bienestar* si lo había perdido.

El estado de bienestar, mas o menos como ahora, era tomado como el estado *natural*. Todos sabían las cosas que debían comerse, que una herida debía tratarse de tal o cual manera, que el reposo era reparador, etc. Pero no era ese saber cosa "médica" sino conocimiento comunitario traído desde lo profundo de los tiempos.

Simultáneamente con este *orden sanitario* de la cotidianeidad  $\neg$  no llamado así por supuesto  $\neg$  existían instituciones que brindaban categorizaciones a ciertos estados dolientes (o simplemente anormales), a los fines de brindar a la comunidad un *orden sin temor*. Estas instituciones eran religiosas y usaban una profusión de técnicas mágicas.

Coexistían acciones derivadas del *orden sanitario de la cotidianeidad* con un *orden sanitario impuesto por las instituciones religiosas*.

Quizás ya hubiera una idea difusa y original de hospital sumergida en la de templo. Pero investigar tal tema escapa a las posibilidades de este capítulo. Digamos, nada mas, que asombra la similitud en la población que acude a las Iglesias y a los hospitales.

Las diversas acciones que se intentaban para que los dioses intermediaran, a los fines de restablecer los estados de bienestar perdidos, equivalían a nuestras actuales acciones médicas. No observamos en esa antigüedad una actitud pasiva ante el dolor ni una desinstitucionalización de los tratamientos, sino que vemos que iniciaban toda suerte de estrategias religiosas para librarse de sus males: rezos, sacrificios, ceremonias rituales, etc.

Probablemente, el sacerdote y el templo intentaron ejercer un rol hegemónico, reforzando la creencia de que un profano poco podría realizar por sí solo sin la ayuda de tan calificados mediadores.

Y seguramente también, en esas antiguas culturas, alguien debió pensar que el deber del sacerdocio, su verdadera *especificidad*, consistía en integrar y dar tanta validez como a las sacras, a las múltiples acciones cotidianas que desde el saber profano se intentaban para alcanzar equilibrios perdidos.

En conclusión, este problema del actual técnico sanitario apareciendo como un personaje entrampado en el dilema de realizar acciones específicas o inespecíficas a su rol sanitario, no es nuevo. En el pasado otros personajes y otras instituciones estuvieron en la misma situación.

El imperativo en ese pasado pudo haber sido denunciar el fenómeno y *laicizar* las prácticas de salud. Hoy, se trata de *desmedicalizarlas*.

### **5) Conclusiones sobre desmedicalizar en los actores médicos.**

Estuvimos hablando de desmedicalizar las prácticas de Salud Mental en diversos sentidos; ahora trataremos de esquematizarlos.

a) Inicialmente, desmedicalizar consiste en atender a *todos* los aspectos constitutivos de las personas y no solo a los orgánicos, los psíquicos o los sociales por separado. Por ejemplo, en una estrategia terapéutica debe elaborarse con la misma *prolijidad* un esquema de medicación que un proyecto de relaciones sociales.

En este sentido entendemos la medicalización como un *centrarse en la enfermedad corporal* y la desmedicalización como un *atender el estar en el mundo* de una persona íntegra.

b) En segundo lugar, desmedicalizar significa que la acción curativa *no es entendida como propiedad de médicos o especialistas* y enlazada a un aprendizaje de la medicina, sino aceptar que *todos pueden curar*.

El actual monopolio o restricción en el uso de algunos recursos terapéuticos está sobrecompensado en las comunidades por el uso del potencial curativo presente en todas las personas.

c) Por último, desmedicalizar implica operar no solo dentro de las paredes de los servicios tradicionales de Salud Mental sino en cualquier

espacio social. Y en especial, sobre la cotidianeidad de los sufrientes, en cualquier situación.

Para cumplir con este punto, las instituciones de Salud Mental y sus técnicos deben ejercer la función de categorizar las acciones cotidianas como sanitarios.

Con esta síntesis terminamos de hablar sobre la desmedicalización que debería operarse en los actores médicos. Este resumen apunta, además, a dar el perfil del tipo de profesionales que exige el trabajo con Modalidad Curativa Promocional.

## B) DESMEDICALIZAR DE LOS LUGARES MÉDICOS.

### 1) El consultorio.

Cuando hablamos de desmanicomializar, pareciera que se hace una crítica a todo y a cada uno de los elementos - ensamblados para marginar - que componen el manicomio. Pero en realidad, en un manicomio existen consultorios externos, practicas psicoterapéuticas, parques y paseos, etc., que en sí mismos nada tiene de repudiables. Por lo tanto, del mismo modo que la desmedicalización no es una crítica a la medicina, así tómesese nuestras palabras sobre los elementos que componen las Instituciones Psiquiátricas.

Es importante esta aclaración, ya que por hablar críticamente de consultorios y de salas de internación, puede quedar la impresión de que estamos totalmente en contra de un trabajo en esos lugares. No es así, sino que al estar comparando los modos curativos promocionales con los terapéuticos asistenciales, denotamos el valor diferente que poseen esos lugares para una y otra manera de hacer salud mental.

Gran parte del tiempo que pasan los trabajadores de instituciones sanitarias cuando practican modalidades terapéuticas asistenciales, lo hacen en tareas llamadas *de sala* o *de consultorio*. Es común escuchar expresiones como: “ hoy tuve mucho consultorio “, “ no me alcanza el tiempo de consultorio “, “ haremos pase de sala “ o “ hay que estar mas en la sala “, etc..

Habiendo realizado prácticas terapéuticas promocionales y curativas en la vida cotidiana de sufrientes y también asistenciales en salas de internación y en consultorios diversos, realizaremos un análisis crítico del trabajo en estos últimos espacios.

El consultorio es, esencialmente, un *lugar técnico* que en el ámbito sanitario tradicional se corresponde con un lugar médico. Aunque no sea usado solamente en tareas asistenciales, siempre será, por lo menos, un lugar de especialistas. La dimensión donde un experto *atiende* la consulta que requiera una respuesta erudita.

Es un *lugar creado* que se abre para el tratamiento de todo lo concerniente al proceso salud-enfermedad; donde se tratará de concluir o resolver las causas o motivos que han originado disfunciones vitales (enfermedades). Donde se diagrama estrategias de influencias que contrarresten causas patológicas.

En los consultorios no se da cualquier respuesta, sino aquellas específicas y adecuadas a su dignidad. Se trata que quién entre, salga luego despedido, enviado al mundo, con una *receta* para su salud. Salir de allí sin esa orden facultativa, suele desjerarquizar la consulta.

Una receta dada por un representante médico de la institución sanitaria, es una nota escrita y rubricada por aquel o su equivalente y versa sobre

aspectos vitales de un ser humano. Es una prescripción, una *inscripción*, una señal que determinará el estado de Ser.

Para la comunidad, de los consultorios se sale *indicado*. Obligados a ser de una tal o cual manera: sanos o enfermos. A mostrarse así.

Como fin de una consulta, una receta es una prescripción. Una conclusión de causas. Se concluye sobre la vida de una persona.

Hablando de supersticiones presentes en las prácticas hospitalarias, debemos señalar la importancia de la prescripción. Es un subterfugio utilizado la mayoría de las veces de manera mágica.

En los consultorios se despliegan y desenvuelven procedimientos, ciencias y artes de *maravillosos poderes*. Se concretiza en ellos el poder del hombre para transformarse. Se consagra la vida, afectada por el Poder, en forma dramática y misteriosa. Y es justamente por estas razones, que un consultorio no puede ser usado por cualquiera. Eso cambiaría el sentido de esos espacios. Solo *algunos* pueden tenerlo, los también *marcados* como poseedores de un saber o capacidad que los diferencian socialmente del común de la gente.

Quién posea un consultorio recibe al demandante como primerísimo actor comunitario. Su marca o señal, como título habilitante, deberá estar expuesto. Quizás cuelgue en la pared a la vista de quién concurra. Esa marca dice: “posee un preciso arte, un saber riguroso”. Luego deberá corroborarlo bajo pena de ser castigado por impericia.

En los consultorios se realizan consultas que, en concreto, requieren *juicios* sobre otros. Dando un parecer, se concretiza el estar de una persona, se la descubre e instituye como *sana* o *enferma*. Y la consulta termina resultando una declaración para la sociedad, cuyo dictamen deberá acatar.

En los consultorios no hay consultas mutuas sino una sola dirección de influencia y juicio. Hay un solo sujeto sobre el que se ejercerá el Poder sanitario.

En el consultar y en el deliberar para dictaminar, se da *un trato* a las personas que se denomina *tratamiento*. Cuando la cuestión es mental, tratamiento de Salud Mental. En estos tratamientos se establecen condicionamientos que no solo ayudan sino que terminan modificando el estar en el mundo de los consultantes. Esos cambios se llaman *curas* cuando restituyen el estado de bienestar.

Si el hospital, metafóricamente, representara un templo, el consultorio sería el altar sobre cuya mesa se realiza un rito de apertura a un espacio de interrelación social con desigual distribución de poder.

## 2) La Sala de internación.

En los Hospitales el trabajo en Sala suele ser considerado el más representativo.

Para introducirnos en el análisis del trabajo en Sala, señalemos que la palabra *Sala* nos remite a *un lugar*, en una casa o vivienda, donde se puede recibir visitas; el lugar social de una morada que en general es lo suficientemente amplio como para dar cabida a numerosos visitantes. Sitio para que estén los que llegan de afuera.

En una institución sanitaria, lo que llamamos casa, la casa del médico, sería el hospital; la casa del técnico. Y el que la visita no puede ser cualquiera, sino el que ha sido singularizado como *enfermo*.

El médico en nuestras instituciones sanitarias tradicionales opera como el *dueño de casa* y los enfermos serían *los huéspedes*.

Se dice que estos son recibidos hospitalariamente y de ahí el nombre de hospital dado a esos organismos. Pero en realidad, el trato que domina deja mucho que desear; empezando por la consideración de persona ajena y diferente que se atribuye al sufriente respecto al personal o público interno. En esos lugares que despersonalizan, se pierde toda *familiaridad*. El trato está mediatizado por caracterizaciones rotulante.

Las salas son los espacios del hospital donde se recibe e interna a *otros* que son *enfermos*, diferentes. A los que deberá aplicárseles el poder institucional a los fines de *curarlos*.

Fácilmente puede observarse esa fractura esencial en las instituciones médicas. Hasta los espacios físicos marcan por un lado a los *trabajadores sanitarios* y por otro a los *usuarios de los servicios de salud*. Esta diferencia es vivenciada por los internados como expresión de una imperante desigualdad de Poder. Y condiciona su trato.

Los denominados enfermos no son de allí. Son, de alguna manera, extraños visitantes que tarde o temprano tendrán que irse. Encontrarán lo suyo y se marcharán. Entre el personal de salud, médicos y “paramédicos” y el enfermo y sus familiares, existe una substancial diferencia.

Los que han padecido internaciones suelen referirse a este fenómeno como de *difuso malestar por extrañamiento*. Sienten que están siendo recibidos y se esfuerzan por ser correctos visitantes, adaptarse y descubrir las costumbres de ese otro lugar. Pero no pueden.

Al fin un enfermo, como dijimos, sale de allí.

Así como en los consultorios, vimos, se concluía con una receta, con un escrito, con una marca en un papel con valor social, de las salas de internación también se sale marcado. Aunque aquí las huellas se registran sobre el cuerpo.

Poco se prestigia una internación si no deja signos de su paso: modificación de la química interior, un simple pinchazo en un brazo, algo.

Si solo se queda en *observación*, estará vigilado, controlado su cuerpo. Nadie debe estar en una Sala y sentirse indiferente a las influencias médicas.

Tanto el Consultorio como las Salas son lugares donde se enseorea la figura del medico, lugares que se *abren* a la cura con su presencia. Aunque él esté en ellos solo pocos momentos.

Cuantas veces los *pacientes* internados han esperado horas, o días, la visita del personaje que de sentido a su estancia. Al igual que en las salas de esperas de los consultorios - allí la aglomeración suele ayudar a tornar desagradable la estancia - se espera ansiosamente la presencia del instaurador del estado de salud.

Como los consultorios y salas de internación son lugares donde hay visitantes enfermos, de otros lugares, eso de alguna manera reasegura a los trabajadores de salud sobre el temor a la propia enfermedad y muerte. Las cosas de los otros.

Demás está decir que imperando esas condiciones es casi imposible alcanzar objetivos de reinserción social. Trabajar con Modos Promocionales de ayuda exige salir de esos lugares.

Para trabajar con Modalidad Curativa Promocional, el espacio de interrelación con el sufriente no puede ser un espacio donde impere exclusivamente el Poder (curar) médico.

Solo operando en ámbitos no hegemónicos podremos abrirnos a nuevas perspectivas operativas, como ser las M.C.P.

Pero aún hoy, casi todo el saber que se posee sobre la locura proviene de trabajos en ámbitos cerrados. Los procesos desmanicomializadores recién empiezan. Debemos esperar que se desarrollen mas movimientos técnicos de descentralización para rescatar de esas experiencias conceptos y conclusiones superadora.

Por ahora, exponemos los nuestros.

## Capítulo 5

### CIENCIA, MAGIA Y SALUD MENTAL.

*Porque las emociones deben impulsar a la razón, no es bueno dejar que aquella actúe con su propia "lógica".*

Este capítulo complementa todos aquellos escritos que dedicamos al proceso de desmanicomialización. Si bien nos basamos en observaciones realizadas sobre Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales, puede también describir las actitudes y conductas de otros trabajadores de Hospitales o Colonias Psiquiátricas, como asimismo la de profesionales "psi" en sus prácticas privadas (de consultorios, en Clínicas o Sanatorios, en Centros diurnos, etc.)

Intentaremos advertir y prevenir, sobre todo a los interesados en iniciar procesos de desmanicomialización, como en las prácticas de Salud Mental se manifiestan actitudes ocultas, quiméricas, agoreras, fascinantes, que esconden fuertes resistencias a cualquier innovación de modalidad curativa.

Ante *la locura*, todo técnico debe fijarse en las posturas y disposiciones que asume y arregla. Si no lo hace, al trastorno que "a la larga" causa actuar sobre un trasfondo mágico, deberá sumar disgregaciones grupales, disfunciones institucionales y malestares comunitarios por sus tareas.

La magia (del persa *mag*, *tradición*, *sabiduría*), es una práctica ancestral. Paliativo contra lo imprevisible, según Hegel aparece en todos los pueblos y en todas las épocas. Sería un engranaje de las sociedades tradicionales, una institución oculta, existiendo y subsistiendo mientras se va transformando en el seno de cada cultura.

Ya en 1914 Paul Saintyves en su libro *La force magique*, definía a esta como un fenómeno regido casi mecánicamente por un convencimiento espontáneo de que existe en la naturaleza una *fuera* susceptible de ser captada, mediante astucia y habilidad, en beneficio o detrimento de los hombres.

Para importantes antropólogos o estudiosos, como J. Huxley por ejemplo, la magia es un fenómeno siempre dado dentro de las agrupaciones humanas a los fines de mantener o brindar *cohesión social*. Si esto es así, su supuesta irracionalidad estaría quizás justificada.

¿Deberíamos tratar de conducirla en sus procesos y no negarla por mandato cultural?. ¿Habría que dejar de estudiarla y permitir que siga actuando como hasta ahora? ¿Podemos hacer algo ante este fenómeno?

Como ya veremos, estas preguntas, trasladadas al campo de la salud mental, merece algunas consideraciones.

En los últimos años desde nuestro Servicio hemos brindado atención a toda una serie de personas y familias que al mismo tiempo eran *ayudadas* por curanderos, manosantas, exorcistas, sacerdotes, etc., siendo algunos de ellos miembros de diversas sectas actualmente en fama.

El hecho de que en esta época científica-tecnológica aparezca tal profusión de congregaciones mágico-religiosas, ya nos da tema para una reflexión sobre las actitudes imperantes en nuestra civilización supuestamente racional.

La Religión mas que el Arte o la Ciencia se ha preocupado por deslindar su frontera con la magia. En la judeocristiana, bajo cuyo dominio predominante floreció la civilización occidental contemporánea, la oposición a sido constante y activa. Pero no vemos resultados positivos en estos tiempos con las actuales *religiones* heterodoxas, la mayoría sectaria, donde abundan procedimientos sorprendentes y espectaculares.

Trabajando con una población influida diariamente por estas congregaciones, observamos que no solo porfiábamos, para llevar a cabo nuestras estrategias terapéuticas, con curanderos, brujos o personajes extraños, practicantes de ritos fantásticos en pos de una *sanación*, sino también con mágicas ofertas sanitarias disfrazadas de honorable cientificidad. Ejecutadas ritualmente por los mismos técnicos de la salud.

Las vicisitudes experimentadas durante los caminos de las curas, permitió que visualizáramos la presencia en nuestras instituciones de dos maneras de operar, con vertientes disímiles tanto en sus fundamentos como en sus métodos. Descubrimos que conviven en el seno de los mismos hospitales.

Hay, vimos, un entrecruzamiento técnico dentro de las organizaciones sanitarias, pues *la magia es esencialmente una técnica*. Siempre la presencia mágica se traslucía por estereotipia técnica y poca o ninguna crítica de resultados. Con el tiempo, menos eficiencia terapéutica.

Ya los fundadores de las técnicas psicoterapéuticas nos señalaban que no debía permitirse a los “pacientes”, simultáneamente y para el mismo fin, acceder a dos o más tipos de terapia. Porque esa situación favorecería una *fuga* hacia aquella que lo sometiera a menos dolor.

Como inevitablemente nuestras ofertas curativas conllevan una corrección dolorosa, la presencia de ofertas terapéuticas mágicas nos acarreó graves oposiciones. Pero notamos algo cualitativamente diferente. Un obstáculo superior.

Sucedió que encontramos dos ofrecimientos provenientes de los mismos actos profesionales psicólogos o médicos. Y ante ello ya no le era necesario a los usuarios, ni consciente ni inconscientemente, escapar del tratamiento. Para un mismo tratante se abría paralelamente y simultáneamente ambos *espacios, el curativos y el “cuasi curativo”*, permitiendo a veces que

satisficiera la demanda en el segundo aunque mantuviera su posición dolorosa.

¿Existen en nuestros hospitales facilidades para que se produzcan, durante la ejecución de prácticas o actos sanitarios, *deslizamientos* internos desde una forma asistencial a otra?. Sin duda.

### **1) Viejas costumbres y nuevas propuestas de trabajo en Salud Mental.**

Según han contado innumerables antropólogos sobre sus trabajos de campo, sí a un miembro de las mal llamadas “culturas primitivas” se le dice que no es razonable su credulidad sobre los ritos mágicos o hechizos que cultiva, este escucha menos molesto que extrañado tal sentencia. Porque esos “primitivos” no toman los actos mágicos como una imposibilidad ilusoria sino con todo el valor de real que damos nosotros a una operación técnica cotidiana.

Curiosamente hemos señalado a profesionales médicos y psicólogos que algunas de sus prácticas curativas no se adecuaban a los principios de *la razón* que decían guiar sus prácticas y se asombraron sobremanera de estas observaciones. Como sí fuéramos subversivos de un orden natural.

Lo que no comprendían, era que los ofendíamos en su peculiar “sentido de religiosidad”. Además, puesto que en muchas reuniones de programación de actividades habíamos cometido el “acto sacrílego” - para ellos - de proponer el uso de “lo que sirva”, sin medir su cientificidad, no podían entender por que insistíamos en aquella aseveración.

No queremos que quede en él animo del lector la idea de que abogamos por cierta forma de “ateísmo científico”. Esas cosas no nos preocupan, por lo menos por ahora. Simplemente nos sentimos comprometidos con prácticas reparadoras que por si mismas permitan su crítica y una revisión continua de resultados. Y precisamente por esto último, aceptamos el uso de lo *no convencional* sí existen antecedentes (garantías) de éxito y no lo hallamos con otros recursos.

Pero nuestra critica había sentado una situación confusa: nuestra impertinencia la habíamos dirigido, justamente, a los que criticaban esa postura.

¿Cómo osábamos tocar las practicas reconocidas científicas por la comunidad?

*Porque la ciencia dice esto se toca; es la magia la que dice esto no se toca.*

Magia y ciencia participan de intereses en común. Ambas aspiran a influir sobre la realidad para satisfacer necesidades y anhelos humanos. También la ciencia promete *la felicidad*.

Diferenciar una práctica científica de una mágica no es muy fácil. Jaques Vidal en su *Diccionario de Religiones* nos dice: “La técnica es el dominio de una práctica, transmitida como un arte heredado, y, solo por esa razón, la magia, comportamiento ancestral aprendido dentro del secreto de una tradición a veces iniciática, es ya una técnica.”

Muchas rutinas hoy científicas fueron antiguamente prácticas mágicas o religiosas; especialmente curar, tarea encargada a magos o sacerdotes. En especial las enfermedades mentales, que eran *tratadas* como enfermedades del espíritu por los sacerdotes cristianos.

Si a uno de estos sacerdotes se le hubiera dicho que sus acciones estaban teñidas de magia, nos hubiera dicho que éramos blasfemos, remarcando que sus ritos estaban dirigidos por mandatos divinos y quizás que solo *repetían* lo que Cristo había realizado.

En su libro *Las Religiones del Próximo Oriente*, M. Vieyra nos señala: “... allí... la magia es una técnica utilizada en otros tiempos por los Dioses en circunstancias especiales. Cuando los hombres la emplean no hacen mas que repetir y reproducir los hechos y los gestos, salmodiar las palabras pronunciadas por esos dioses en los tiempos primordiales”.

Las disciplinas científicas, por ejemplo la medicina y psicología, se fueron construyendo sobre un terreno ocupado plenamente en la antigüedad por la magia y religión. Ellas fueron la cuna de los usos que ahora aplicamos a la cura de enfermedades mentales. Por tal hecho, en sus costumbres todavía puede “palparse” fácilmente la presencia de fenómenos con tales características.

En Grecia, por ejemplo, el culto a Asclepios (Dios de segundo orden que en su función curadora llegó a desplazar a Apolo) fue uno de los principales a partir del siglo V a. C.. Había santuarios para él a los que afluían para curarse peregrinos de todo el mundo mediterráneo. En Egipto, Thot, el Dios médico, siempre fue venerado y, para nada casualmente este Dios era también el señor de los poderes misteriosos u ocultos.

Por tanto, no debe extrañarnos sí a modo de restos o residuos, perviven usos antiquísimos en nuestras instituciones sanitarias. Cuando se activan y predominan, el hospital pasa a ser un templo y el consultorio un altar.

## **2) Magia y conservadurismo**

Magia y ciencia se definen por *actitudes* precisas ante los problemas concretos y por particulares *formas* emocionales. Son esas actitudes y formas y no sus fines, lo que las diferencian entre sí.

*La ciencia florece en la duda.* Supera dilemas y se afianza poniendo frenos a las distorsiones emocionales mientras trata de *juzgar de real* la realidad. *La magia deviene dramáticamente* a partir de impulsos emocionales, de la certeza de sentirlos.

En general a los Servicios de Salud Mental se los solicita dramáticamente.

Personas en crisis llegan a las Guardias Hospitalarias o a los Consultorios de los Servicios; a veces confusos a veces llorando y muchas veces gritando de miedo o rabia. Han perdido el control emocional.

Trabajando en la contención de estas crisis vimos como los sentimientos tienden a impregnar las situaciones, alterando incluso la dinámica hospitalaria. Como sí el miedo, la confusión o la tristeza fueran contagiosas, amigos, enfermeros, acompañantes o profesionales de Guardia, también suelen perder su control.

Cuando lo emocional domina una situación, esta la tierra abonada para que aparezcan propuestas agoreras y actos mágicos.

Por ejemplo, podríamos pensar que dado el alto numero de crisis atendidas en las Guardias Generales de nuestros hospitales, en un breve plazo estas se habrían encontrado entrenadas para recibir y atender los casos con una rutina técnica. Nada de eso, debió pasar un largo periodo de tiempo, en que se dieron respuestas inadecuadas o cargadas de emotividad, para lograrse una mínima normatización asistencial.

*El rito, la repetición ciega y mecánica de una práctica tradicional, instituye una realidad; virtual, fáctica, pero imperante. Magia.*

Al proponerse en Río Negro atender los sufrientes mentales en sus Hospitales Generales, se generaron problemas.

Como es sabido, en un sistema sanitario manicomial las Guardias de sus Hospitales Generales *derivan* a los sufrientes mentales a *lugares* asistenciales que, presuntamente, consideran avezados para esa tarea. Estos lugares son los clásicos centros neuropsiquiátricos prohibidos por Ley en esta Provincia.

En un principio, luego de promulgada esa norma legal, las Guardias intentaron negarla a través de derivaciones internas a profesionales psi., a especialistas, a pesar de la explícita política imperante que les mandaba atender. Compelidos al fin a ayudar, llenos de fastidios, aplicaron clásicas maneras médicas de atención para enfermedades orgánicas. Como sí la “locura”, el sufrimiento mental, no tuviera su singularidad.

Este no cumplimiento, según nuestro parecer, encierra algo mas que una “rebelión”. Lo delata algunas particularidades de sus repuestas.

No fue el desgano o la desobediencia lo predominante, sino un trabajar confuso, sin esquemas precisos o adecuados y duró esta contrariedad organizativa largo tiempo, mayor del esperado. Se mantuvo una desorientada rutina sin mayores intentos de aclaración. Los esquemas de medicamentos adecuados demoraron en establecerse, sucediendo que cada profesional usaba el que creía conveniente; tampoco se reglamentó cuando y en que caso había que internar, etc. Hubo un prolongado desorden.

El sistema sanitario se comportó *en forma exclusivamente emocional* y como cualquier búsqueda regida por una “lógica” emocional, tendió a encontrarse con ofertas mágicas.

La actitud mágica sé hacia evidente en un hecho: para influir la realidad se siguió la *tradición*. A este fenómeno podemos adjuntarle otro que hace a la magia: hay *refracción a la experiencia*.

Afectados emocionalmente por las exigencias de una realidad cambiante (el ser humano exige situaciones estables y familiares para sentirse seguro), nos encontramos en el permanente riesgo de renegar de ella, como en la locura, o tratar de significarla mágicamente a través de algún rito para preservarla familiar.

Imperando lo mágico, nos sentimos dirigidos. Cumpliendo ritos nos sentimos protegidos. Y como si un mecanismo sobrenatural nos obligara, creemos ciegamente en esa inexplicable influencia. *Se vive en un acto de fe*.

*No influir en la realidad que decimos querer cambiar, negar influencias permitiendo su influjo, tomar un punto de partida emocional para analizar y concebir el contexto, dejarnos llevar por la tradición, es magia.*

*La ciencia surge mediatizada por experiencias; la magia de tradiciones.*

En la derivación del *loco* al manicomio vimos otro fenómeno muy común de las culturas impregnadas por la magia: creer que hay saberes especiales fuera de los círculos conocidos.

Al saber sobre los *locos* se lo piensa ubicado “mas allá”. Se instaura imaginariamente “*otro espacio*” con el ritual correspondiente - la derivación de una persona a un centro neuropsiquiátrico - estableciendo y cumpliendo así en las comunidades una secuencia de intervención tradicional, esperada. Luego, si alguien intentara modificar esa instauración, como por ejemplo nosotros con nuestro programa de desmanicomialización, aparecería sospechoso de un accionar conspirador.

Todo esto nos recuerda un texto de Kafka en su libro *Reflexiones sobre el pecado, el dolor, la esperanza y el verdadero camino*. : ...”las panteras irrumpen en el templo y beben hasta vaciar los cántaros del sacrificio; esto sucede muchas veces, finalmente se cuenta con ello y forma parte de la ceremonia”.

### **3) La razón, los afectos y la magia en los Servicios de Salud Mental.**

JO. estuvo cinco meses internada por un equipo de Salud Mental que había declarado no saber que hacer con ella. Catalogada como “caso social”, un rotulo en moda para justificar la inoperancia, ocupaba una cama en la sala de internación del Servicio de Clínica Medica. Se aceptaba un implícito criterio general de manera terminante: gozando de buena salud, el problema (para la institución) era que estaba ahí. O sea, ¿y ahora que hacemos?.

La tradición hospitalaria mandaba tenerla en cama y asistirla en muchas de sus actividades, sin interesarle sí podía o no desenvolverlas por sí mismo. Pasaba acostada largas horas del día, se la higienizaba, vestía, etc. También se le restringían las visitas mientras, a través de una serie interminable de análisis y estudios clínicos, se le buscaba alguna dolencia.

Fueron innumerables los exámenes médicos y las pruebas de laboratorio que tuvo que soportar en la búsqueda de indicios de enfermedad que pudieran dar cuanta de *otro estado del ser* (enfermedad) que tranquilizara, por dar sentido, a la institución hospital, apenas o nunca preparada para trabajar con la categoría *sano*.

Al fin a JO se le encontró su “quinta pata del gato”. Fue diagnosticada por un problema cardíaco. Comenzó a ser “tratada” - como si allí el “trato” se hiciera imposible sin una rotulación diagnóstica - mejorando su *imagen* interna. Empero, aun con esa “patología” orgánica descubierta, siguió siendo *paciente* de Salud Mental (¿).

En el hospital JO trastocaba *un orden*. Fue por necesidad, para que se restableciera el sentimiento de “obviedad” cotidiana, que se ejecutó institucionalmente el rito transformador de la realidad: se medicalizó el problema. Y ya pudo esa nueva presencia considerarse familiar, benévola. Otorgándole ese sentido, la realidad puede ser soportable, manejable.

En el ámbito sanitario, los actos médicos instauran este tipo de situaciones esperadas. El rito *diagnóstico* entre otros, al poner nuevo título a las personas, las hace pertinentes a la institución hospital.

¿Y que es el tan requerido pronóstico psiquiátrico sino un artificio adivinatorio?. Con él entramos, la mayoría de las veces, en el orden de las revelaciones de un *mas allá*. Trastocamos el tiempo, nos burlamos del espacio. Como si las leyes naturales, físicas, pudieran también esquivarse a los fines de asegurarnos.

*Estos fenómenos no marcan diferencias con los oráculos que hablan, con las señales en los cielos o las marcas en las cosas.*

Un ritual puede entenderse como el triunfo apremiante de la tradición y las costumbres sobre las observaciones sistemáticas y la prueba de realidad.

El rito - del latín *ritus*, fuerza de orden cósmico y mental - puede ser un comportamiento colectivo o personal y se sitúa en el punto de convergencia de la naturaleza y la sociedad, la cultura y la religión. Es una práctica que siempre se verá repetida, sujeta a reglas precisas cuya eficacia, exenta siempre de ejercicios evaluativos de su virtud, posee un nivel de actuación en un mundo *invisible*.

En este sentido, muchos actos sanitarios pueden entenderse como ritos, fundantes de anheladas realidades comunitarias, correctivos o purificadores. Actos que encierran el significado de regeneración y triunfo sobre la muerte.

En la rotulación *diagnóstica* se fundan realidades. Los *tratamientos* de Salud Mental encierran casi siempre deseos de purificación. Y la *cura* solo es entendida proveniente de algún preciso suceso, negándose la posibilidad de acceder a un estado de ser *sano* sin intervención de ellos. En un sistema sanitario impregnado de actitudes mágicas, no deviene *cura* alguna sin esas interposiciones y, paradójicamente, aquellas que llegan sin ninguna intervención técnica, suelen ser catalogadas de mágicas por los agentes de sistemas sanitarios tradicionales

Al fin, si para internar se requirió de un ritual, el *alta* será consecuencia de otro rito: el que devuelve las personas a la situación *normal* de ser en comunidad.

#### **4) Diversas actitudes mágicas.**

El saber científico contemporáneo, por su complejidad, pareciera estar inhabilitado al conocimiento del común de la gente

En nuestra cultura se puede ver claramente como a ciertos hechos se los mantiene separados de otros, a los que podríamos llamar profanos - del latín *profanus*: que esta fuera del recinto consagrado - manteniéndoselos impermeables y a segura distancia de la crítica pública. De esta manera se ampara el Poder del que lo atesora.

En nuestros Servicios, las estrategias terapéuticas diseñadas con metodología interdisciplinaria suelen elaborarse de manera muy racional, estando abiertas al aporte de cualquier colaborador interesado. Pero hemos observado que, ante algunos contratiempos, el modelo flaquea y sobreviene una tendencia retroactiva hacia formas disciplinarias, individuales, no programadas, ritualísticas, acordes con actitudes mágicas.

“Rápido, traigan la Historia Clínica para ver que está tomando”, puede exclamar un médico integrante de uno de nuestros equipos al aparecer alguna anomalía en un usuario. Con la intención de cambiar el esquema medicamentoso, se entra de lleno en un plano de acciones individuales, disciplinarias y de trasfondo puramente químico.

En los pueblos llamados primitivos, no obstante ser muy frecuente su aplicación y manifestación, la magia no es considerada un *fenómeno natural*. Estas gentes diferencian en su cotidianeidad el fenómeno *mágico* del *natural* y pueden apelar a ellos indistintamente. A este último lo entienden como nosotros, obedeciendo a leyes nada misteriosas, mecánicas, atmosféricas, físicas, etc.. Lo explican por normales medios racionales. Los segundos le son inexplicables por medios naturales, pero acatan la tradición, la cultura y los dictámenes y opiniones de brujos o hechiceros. Pero aunque inexplicables, le son muy conocidos.

Ahora nos hemos diferenciados de ellos. Nosotros tendemos a negar la existencia de algunos fenómenos aunque operen eficaces.

En la cotidianeidad hospitalaria vemos procesos curativos benéficos donde participan como ejecutores los mismos demandantes. Son variados y permanentes, aunque pasan desapercibidos. Por no igualarse salud con bienestar, nunca se termina de otorgar plena credibilidad al poder curativo de los hechos que la gente produce en su constante interacción comunitaria.

Conexos a ellos, co-imperando en ese ámbito, brillan otra serie de procesos terapéuticos. Estimados específicos de solo algunos profesionales. Considerados *cerrados* y *oscuros* en su entendimiento a los demás.

Se ve claramente que esa comunidad tiene suma dificultad en conceder veracidad a los primeros, a las curas que no devenga de una actuación médica-científica. Solo con indiferencia nuestros Servicios miran la instalación de estados de bienestar no derivados de sus acciones más tradicionales.

En nuestros hospitales, la evolución de un estado de *enfermedad* a otro de *salud* parece ser concebido solamente como influjo de acotadas operaciones de técnicos o profesionales.

Con estas negativas nos igualamos a los pueblos “*primitivos*”. Como en aquellas culturas, también en la nuestra podemos apreciar dos maneras de operar y transformar la realidad.

Para ellos, las prácticas mágicas siempre tenían precisos cultores, conocedores de *secretos procedimientos* que el resto de la comunidad desconoce. Como aquí, no concebían una acción de tal naturaleza por parte de quién no poseía el poder – saber - para realizarla.

*La coexistencia de lo mágico en el saber ayudar, trastoca la interdisciplina, aquello que es construcción de un saber para ayudar.*

Un ejemplo del costo que suele derivar de tales creencias - entre nosotros, “civilizados” - la soportó un usuario, MO, cuando estuvo largamente medicado a pesar de que era obvia la inutilidad de ese recurso.

No vamos a repetir la historia del tratamiento de esta persona que ya hicimos en una anterior publicación, pero allí se hizo evidente la opacidad que suele tener la aplicación de psicofármacos. Y ciertas razones “no dichas” para usarlas tan desaprensivamente.

Al administrarse esas substancias, se ve en muchos casos que para nada modifican un mal estado de salud. Solo por estar prescritas de manera mágica se mantienen las tomas. Entre otras cosas, porque con ello se protege a quiénes las prescriben.

No estamos hablando, solamente, de que así se mantiene el prestigio de la Psiquiatría como disciplina científica ante las demás especialidades médicas, aunque eso pueda ocurrir.

Tratemos de situarnos en un plano comparativo para entender el carácter de tal inmunidad. Veamos la actitud de los pueblos “primitivos” ante los actos mágicos de sus brujos o hechiceros cuando estos fracasan.

Cuando estos fallan en una acción mágica, los justifican. Entre los *primitivos* se justifica el revés del brujo en un rito mágico, porque es necesario mantenerlo prestigioso en el rol “protector” de la comunidad.

Entre nosotros, el fenómeno se repite para cuidar la imagen del médico. Cuando él dice “todavía no hay resultados”, “hay resistencias internas que no pueden elaborarse”, “debemos esperar que tome conciencia”. Etc., etc. Se le tiene fe.

Los pueblos necesitan confiar en las personas que “encarnan” sus instituciones más importantes: allí el hechicero, aquí el médico. Garantizándoles Poder, se da permanencia a sus organizaciones. En sentido amplio y general porque la magia siempre opera como un elemento protector de las comunidades ante el dolor de sentirnos mortales.

*El fracaso del rito mágico no puede descalificar comunitariamente a quién lo ha llevado a cabo, ni desvalorizar su uso para futuras aplicaciones, porque se estaría atentando contra uno de los principales mecanismos protectores de las comunidades.*

### **5) Lo hermético en Salud Mental.**

Lo impenetrable del lenguaje médico, la escritura indescifrable de las recetas, todo el complejo de las teorías psicológicas, las leyes de incumbencias, etc., contribuyen a la magia de nuestro tiempo.

La noción de *hermético*, significa un cuerpo de doctrinas gnósticas. Inicialmente se atribuye el concepto a Hermes Trismegisto - de ahí el término - quién lo transmitía solo a los que poseían la *gnosis*, los elegidos. Estos conocimientos, entonces, no podían ser adquiridos por quién se lo propusiera sino que debían ser revelados, funcionando su poseedor como cultor de una “ciencia oculta”.

Nuestro actual saber científico sanitario tiende a tomar algunas de estas características gnósticas, en la medida que el común de la gente atribuye a esos conocimientos una particular naturaleza: su inaccesibilidad intelectual sin ayuda de iniciados.

Cuando en nuestros hospitales operamos el Proyecto Rionegrino de desmanicomialización, que propone trabajos interdisciplinarios para *producir* un conocimiento colectivo, directamente acometimos contra una condición del hermetismo. Y de la magia.

El descubrimiento de nuevos saberes produce en las organizaciones una redistribución de Poder. Para el uso hegemónico que ciertas corporaciones hacen de él, operar con metodología interdisciplinaria, constructora de conocimientos a socializar, es una amenaza.

El más burdo ejemplo que observamos en Salud Mental refiere a los medicamentos. La prescripción de elementos químicos modificadores del

estado del Ser - *trinchera central* de la resistencia médica al trabajo interdisciplinario - se ha saturado de contenidos mágicos.

El público que acepta consumir psicofármacos, como otros medicamentos, los admiten sin espíritu crítico. Reconociéndolos *cosa médica*, reniegan a cualquier análisis público de su aplicación. Ni siquiera permiten que se les recrimine esa actitud

Y la otra parte, la medicina hegemónica, sintiéndolos un bien corporativo, aleja al público de ese saber.

En forma primaria se conserva el prestigio del que ha prescrito esas sustancias. Y como beneficio secundario, ello preserva a la agrupación de cualquier crítica comunitaria que pudiera acarrear un mal uso de ese recurso.

Por supuesto que proliferan en contra de estas afirmaciones múltiples argumentos: de necesarias incumbencias profesionales, metodológicas, de un necesario orden para las prácticas médicas, de riesgo legal por impericia, etc., etc..

Pero estamos hablando de otra cosa: lo hermético - característica de la magia - está claramente expuesto. Pudiéndose saber, nadie sabe.

Debemos concluir que también entre nosotros, estas acciones y ciertos roles sociales, son más que tolerados en su irracionalidad porque nos resguardan colectivamente del temor a la muerte. Que sí desbordara, probablemente haría resquebrajar nuestra civilización.

Los que ejercen una representación médica, lo sean o no, aun en sentido rústico y a manera de aquellos brujos, poseen un valor social sobredimensionado debido a que cumplen la función de equilibrarla. Criticarlos, despierta un sentimiento de atentar a la colectividad

*La magia fusiona las comunidades. En forma dramática y emocional la magia realiza una misión social homogeneizadora.*

Como en las instituciones sanitarias los profesionales intentan conservar su lugar privilegiado, un exclusivo protagonismo, tanto a ellos como a los legendarios jefes tribales, detentores del poder, del *poder fálico*, castrarlos y castrarlos todos, volvernos incompletos (no hegemónicos), debería ser el obligatorio salto cualitativo para dar para acceder a un nivel superior de humanidad.

Vimos a MO resistirse ha quedar internado. Durante meses se insistió en recluirlo y se lo ató para lograr tal fin hasta que sus tobillos y muñecas estuvieron sangrantes.

¿Por que esa insistencia?. Por *fe* en el saber-hacer médico que actúa como magia. Y como en este caso, muchas acciones iatrogénicas se realizan a causa de actitudes mágicas presente en los trabajadores de Salud Mental.

*Lo científico se corrige por la observación crítica, lo mágico no.*

En toda comunidad, algunos elementos de su cultura soportan más que otros la estructura de creencias y saberes propios. Sospechamos que en la

comunidad hospitalaria, el fenómeno reclutorio disfrazado de internación es uno de ellos y se mantiene para no aceptar al loco como *sujeto de nuestra vida cotidiana*. Sobre todo, para impedir que esta pueda mostrarse como un ámbito idóneo donde producir efectos reparadores.

Reconocer la capacidad curativa que poseen las acciones de la vida cotidiana, *aterra* a la organización manicomial.

La magia, conservando costumbres y tradiciones - preservándolas en múltiples ritos y ceremonias - ofrece una aparente inmutabilidad cósmica que niega la transitoriedad y precariedad de la vida.

## **6) Clima racional o místico en Salud Mental.**

Ciencia o magia serán las actitudes que deberemos optar y asumir en nuestra tarea.

Para el común de la gente un hospital puede parecer un lugar donde lo reflexivo domina y donde las acciones se rigen por precisas metodología y múltiples controles de experiencias.

Pues bien, en las instituciones psiquiátricas, nada de eso está más alejado de la realidad. En especial el *clima* que se vive está impregnado de una dispersa emocionalidad.

La impredecibilidad humana - no solo del loco - trastoca y desborda los órdenes y los programas, haciendo imposible el cumplimiento del mandato institucional de predecir *todos* los fenómenos que sucedan por dentro de sí. Tal imposibilidad, frustra y fastidia a los trabajadores de salud, creando un trasfondo de desagrado. A poco de iniciarse trabajos planificados, se demuestra en cada caso la necesidad de reformularlos

Por esta constante, muchas angustias presentan los agentes de los Servicios de Salud Mental. Advierten rápidamente no poseer adecuación entre sus recursos terapéuticos, métodos y técnicas y las demandas de los sufrientes. Entonces quedan fijos en la espera de encontrar *La Solución*.

Ante este fenómeno repetido, debería dotarse obligatoriamente a todo Servicio de Salud Mental de recursos metodológicos que les permita realizar cambios, readaptaciones, a su rutina asistencial.

Pero por distintos motivos, algunos emparentados con las actitudes mágicas de las que estamos hablando, se elude esta dirección, permitiéndose que grupos de trabajadores caigan en el desencanto y el desagrado. En una postura de queja y protesta permanente, expresión de una *perdida de fe* en la propia capacidad operativa y en sus recursos.

El trasfondo mágico-religioso se hace evidente como defensa, cuando se instala en los equipos una "*atmósfera*" que podríamos definir como *mística*: clima espiritual y contemplativo. Una actitud donde el mirar y el

reflexionar para con los fenómenos mentales vivenciados como extraños o desconocidos, domina el cuadro.

Los miembros de los equipos caídos en ese “ambiente”, suelen encontrarse compulsivamente impelidos a la búsqueda de *un saber* que sienten no poseer, recorriendo teorías psiquiátricas novedosas, escuelas científicas diversas y doctrinas psicológicas de avanzada. Buscando esa sabiduría, concurren a todo curso asequible y leen cuanto libro cae en sus manos.

No sería del todo malo este “furor por aprender” sí no se hiciera postergando *el hacer*. Nada se hace, todo esta condicionado ha poseer aquel supuesto - futuro - conocimiento que nunca llega. Se escucha decir de no hacer hasta que se pueda, hasta que se sepa, hasta que pasen estas circunstancias, etc.

Al preguntarse a los miembros de esos equipos sobre sus problemas sin solución, en general refieren a internaciones de larga data o a problemas que definen como “sociales”. Se instala una situación de espera en una *revelación* salvadora.

Concuerda con esa “parálisis”, innumerables interpretaciones inoperantes, obscuras teorías que recuerdan, asemejan, *repuestas teológicas*. Se sitúan algunas explicaciones en un plano “tan elevado”, casi *espiritual*, que hacen inalcanzable su entendimiento y su aplicación a una práctica cotidiana.

Muchos operadores Psi. hablando a tal “altura”, se “encumbran” en un nivel poco más o menos *celestial*, alejándose de la realidad concreta que representa el sufriente

Gran parte del lenguaje hermético con que sé carátula el decir psicológico tiene que ver con este clima místico de desesperanza en los sencillos saberes personales y en la espera de acontecimientos reveladores que iluminarán el camino de una práctica futura.

.Independientemente de alguna dureza que deba poseer el lenguaje técnico, sobre los conceptos psicológicos y psiquiátricos a caído un manto de impenetrabilidad intelectual. Este fenómeno expresa magia.

*Todo saber, o supuesto saber, puesto fuera de la comprensión de los miembros de una comunidad, se transformará en un elemento mágico.*

## **7) Lo explicable y lo inexplicable en Salud Mental.**

Así como la frustración y la impotencia técnica facilitan en los ámbitos sanitarios la aparición de reacciones estereotipadas, así también ante la locura, resulta característico la adopción de *actitudes contemplativas* para con los fenómenos mentales vivenciados como extraños, desconocidos, aberrantes, bizarros y todas-esas-cosas-raras.

Esas vivencias terminan reforzando la creencia de que, para aprehenderlos intelectualmente, es necesario contar con un *saber especial adquirido de manera extraordinaria*.

Un *rito de iniciación* sanitario, sería el acto por medio del cual se adquiere un recurso mágico-médico. El que participa en maniobras de tal naturaleza, aguarda encontrar medios curativos a partir de “revelaciones”.

Durante el año que realizamos capacitación intensiva de enfermeros en los Hospitales Rionegrinos y en sus guardias de Medicina General, luego de las clases recibíamos peticiones de capacitación (?); allí mismo donde acabábamos de hacerla.

No se solicitaba simplemente mas información al respecto, sino que se confesaba en la solicitud la creencia, que para atender a los locos habría procedimientos escondidos, *ocultos*, y que deberían inexorablemente ser revelarlos por quienes atesorábamos tal secreto (nosotros), sí se esperaba que toda la población de trabajadores hospitalarios desarrollara tareas para con ellos.

Traemos a colación este fenómeno colectivo porque revela una actitud mágica. Y cuando ella se presenta, cualquier capacitación que pueda brindarse será sentida como insuficiente y motivo de postergación de trabajos.

*La ciencia está abierta a todos y es sentida como propiedad de la humanidad; un bien común. La magia se siente algo oculto, solo transmitido por iniciados a pocos herederos o discípulos.*

Hay otros fenómenos a los que atribuimos relación con la magia. Por ejemplo, cuando se abusa de ciertas construcciones teórica para referirse a sufrientes concretos.

Aunque para los técnicos psi. muchas explicaciones acerca de la locura poseen una vaga o escasa fundamentación experimental, resalta el uso que hacen de las teorías. A estas no las toman como construcciones auxiliares sino como expresión de la misma persona sufriente.

Estas teorizaciones producen en los Servicios un clima cientificista que guarda relación con el clima mágico que describen algunos antropólogos en estudio de pueblos primitivos.

Malinowski en su obra sobre pueblos Polinesios, describe la creencia en el “maná “. Algo que impregna todo con una existencia mas allá de lo real y natural. Y nos describe la vida cotidiana de esos pueblos integrando en “las cosas de todos los días”, a esa supuesta substancia.

El uso de teorías infundadas o mal aplicadas, pero eficaces a la hora de determinar conductas, dentro del trabajo rutinario de los Servicios de Salud Mental, terminan produciendo una semejante integración de “realidades”.

Al usar lo teórico como realidad concreta, se entra directamente en un camino de imposibilidad explicativa, pues las explicaciones deben aplicarse para con los hechos que le suceden a las personas o cosas y no para los

conceptos utilizados en las explicaciones. Explicar la explicativa es entrar en un círculo sin salida.

*La magia supone la existencia de lo cósmico como realidad inexplicable*

Un fenómeno de este tipo se presenta con las explicaciones farmacológicas. La teoría de los neurotransmisores es omnireinante y de indiscutida validez científica dentro de los ámbitos psiquiátricos. Pero durante años se ha estado medicando *como rito*, adjudicándose un valor mágico a los productos químicos prescrito y al acto mismo de ingestión, sin ninguna exigencia de resultados.

Muchas personas en crisis fueron ayudadas con simples medidas conductuales. No obstante, a pesar de estar logrado el fin buscado, observamos frecuentemente que la intranquilidad del entorno sanitario continuaba. Debido a la persistencia de este fenómeno supieron aparecer “crisis secundarias” desequilibrantes del estado emocional del personal de Guardia de Urgencias o de las Salas de internación.

En cada caso habíamos registrado un hecho: por haberse aplicado medidas conductuales no se había medicado. No había habido, con propiedad, un “acto médico específico”.

Como si hasta que no se medicara, sin otra necesidad que no sea mágica, la situación de “peligro” no terminara.

La prescripción del fármaco como *ritual* médico y el mismo producto químico como *fetiché*, suelen actuar como esa fuerza invisible y misteriosa encontrada en las creencias mágicas de Polinesia.

Lo hasta aquí comentado, nada tiene que ver con nuestra opinión sobre el uso de los psicofármacos y su valor como recurso terapéutico. Simplemente apelamos a ese ejemplo, para referirnos a la postura mágica que invade, incluso, los actos médicos más rutinarios.

*Cualquier acto médico o psicológico, con su ritual adecuado, puede ser una apertura a un espacio mágico o a uno científico.*

Dependerá su destino - donde se inscribirá como uno u otro - del significado público o hermético que atribuyamos a tales costumbres institucionales.

Y ya estamos entrando en el tema de la misma ciencia usada como magia.

## **8) El papel de la magia en Salud Mental**

Hemos comentado que la magia coexistió antiguamente con la ciencia y que el médico reemplazó como curador, a su debido tiempo, al hechicero o brujo. Y que tanto unos como otros cumplieron y cumplen importantes funciones sociales.

Aun ahora, la magia que vimos avanzar sobre practicas que preferiríamos científicas cumple con la función social de *aglutinar a la comunidad*.

Alrededor de figuras importantes que representan a prestigiosas y necesarias instituciones, las colectividades se aglutinan y sus miembros refuerzan su *identidad*. Contrariamente, cuando hay un fracaso *científico* por controlar la naturaleza y el riesgo de muerte se acentúa - ante desastres, accidentes extraordinarios, muerte de familiares o epidemias catastróficas - se resiente ese sentimiento aglutinante.

Al hacerse evidente la limitación - la real humanidad - de los representantes de las instituciones, predicadoras de los sucesos, cunde el temor y empieza a diluirse la trama social. La cohesión de los diferentes grupos e instituciones.

Para evitar tales disgregaciones, opera el recurso mágico.

*Cualquier procedimiento, conducta o recurso usado mágicamente, aun para fines particulares, es un fenómeno comunitario.*

En los ámbitos sanitarios, la toma de caminos mágicos durante la ejecución de acciones científicas y disciplinarias, movimiento muy frecuente, reasegura contra el posible efecto que traería un fracaso científico-sanitario. Mantiene el amparo ante el temor a la muerte. Con este recurso maravilloso, se permite a las organizaciones médicas seguir siendo confiables en el imaginario colectivo.

Pero si bien operando formas mágicas como científicas pueden las organizaciones alcanzar un mismo propósito, debemos diferenciar esos logros. A medida que la irracionalidad va ganando mayores porciones de la práctica se encuentran superiores problemas para avanzar por el camino de los hechos. Llega al fin un momento en que si no se modera ese recurso fantástico, se entra en dificultades. Es muy dificultoso transitar por una "realidad" meramente imaginaria.

En Salud Mental, dadas las exigencias depositadas sobre médicos y psicólogos para disipar el temor a la locura - equivalente al de muerte - no es de extrañar el perpetuo deslizamiento que estos realizan en sus prácticas, de uno a otro plano: del demostrable al fascinante.

*Tratar de influir directamente sobre la naturaleza para imponerle una voluntad es un acto mágico. Sí se reconocen límites para modificar una situación, pero aún así se trata de lograr esos objetivos a través de intermediarios (normalmente espirituales), decimos que estamos ante un acto religioso.*

Cierta orientación habitual en los hospitales exterioriza esta *actitud religiosa*: la medicalización o psicologización de la vida cotidiana, decir que cosas de todos los días - lo que le ha venido sucediéndole a la gente desde el principio del tiempo y que han solucionado en cada época - es "cosa de médicos o de psicólogos

Depositar los destinos de las personas con problemáticas diversas, de oficina, club, iglesia, etc., en manos de supuestos expertos en trabajo, deporte, religión, etc., significa aceptar la vida cotidiana encerrando *otra realidad* además de la visible. Incognoscible al *no iniciado*.

Este fenómeno se presenta en nuestra cotidianidad, cada vez que la sanitizamos. Y se produce ello por la *esperanza* infundada en acciones mágicas disfrazadas de científicas. La medicalización y la psicologización de nuestra vida cotidiana, apelar a intermediarios médicos o psicólogos para que “nos resuelvan” los problemas que origina el diario vivir, son ya características de esta cultura declarada *atea*. Es su manera de manifestar “religiosidad”.

No permitiéndose hacerlo del modo clásico, se ha cambiado el templo y el sacerdote por el consultorio y el terapeuta.

Igual que en los pueblos “primitivos”, nuestra civilización conecta íntimamente los ritos mágicos y religiosos con los problemas más comunes de la sociedad. Como en toda época y cultura, la magia de las prácticas médicas o psicológicas revelan la necesidad acuciante que siempre tendremos de solucionar los enigmas que genera el nacimiento y la muerte.

No debe sorprendernos hallar tanta magia en nuestros hospitales y en especial en nuestros Servicios de Salud Mental. Las enfermedades, la locura y la muerte, siempre han sido temas fundamentales para cualquier pueblo y tiempo.

*Mandados* a renegar de la magia y disfrazar el culto a las ciencias, se nos hace engorroso perseguir y detectar la activa presencia de ritos y ceremonias en nuestra cotidianidad. Pero como hemos estado diciendo, en aquellos pueblos donde estaban legitimados esos actos se podían percibir y diferenciar claramente, en tiempo y lugar, de los ordinarios. El campo científico y sacro, cuando está bien delimitado, permite diferenciar ambos órdenes de fenómenos.

Ya no tenemos tal facilidad y por ello los actos mágicos y científicos están imbricados. No podemos diferenciar, por ejemplo, en la colmada sala de espera de un hospital, lo que es expresión de una necesidad derivada de un orden lógico y racional de lo que es acreditable a un ritual mágico o religioso que avala el poder de algunas instituciones y sus representantes

## Capítulo 6

# UN TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

La ciudad de General Roca tiene aproximadamente 90.000 habitantes. Geográficamente equidista de las otras dos ciudades principales de Río Negro: Viedma, en la zona atlántica, la central administrativa de la provincia, y Bariloche en la franja cordillerana, el punto de atracción turístico por excelencia.

La situación geográfica de la ciudad se corresponde con su situación en otros ordenes: General Roca es epicentro convergente de permanentes procesos políticos, económicos y culturales.

Como cualquier otra población del Valle de Río Negro, General Roca esta rodeada por bardas; el monte llano y árido constituyen sus fronteras. Por el centro de la ciudad transita un canal destinado al abastecimiento del riego de la zona frutícola. Este canal delimita en la localidad dos espacios de marcadas diferencias sociales, económicas, culturales; en suma el canal traza y descubre un ordenamiento de clases.

La ubicación espacial de las instituciones de la comunidad no es contingente con este hecho. Mientras que hacia el sur del canal se levantan las construcciones más agradables y cada una de las entidades y empresas privadas, hacia el norte y penetrando en el monte - sobre el margen - el arrabal incluye sus "despojos": los basurales, las villas miserias, la cárcel de encauzados, la unidad penal, el hospital público, la temida Brigada Policial Antitumultos, las escuelas de discapacitados y, en efecto, el cementerio.

Es en este escenario donde se registran los incidentes delictivos más graves y reiterados, siendo fama los homicidios, los elevados índices de delincuencia juvenil y la drogadicción (acorde a los recursos económicos: alcohol y pegamentos).

El objetivo prioritario de la Ley 2440 que rige nuestras prácticas terapéuticas y curativas, es la reinserción social del sufriente mental. Esa Ley es un instrumento idóneo para detener las fuerzas sociales que deciden ese fenómeno y si pudiera cumplirse en forma ideal, una utopía, se revertirían los procesos sociales de marginación que culminan en la organización manicomial. Esto nos conduce a un postulado: se trabaja para evitar la marginación.

Ahora bien, difícilmente se podría modificar una pauta sociocultural sino desde el sistema en el cual se gestó. No podríamos trabajar con el fenómeno comunitario de exclusión social sino desde el mismo lugar en donde este ha cristalizado. Nosotros trabajamos desde el norte del canal.

## 2) Hacia una nueva modalidad de ayuda en Salud Mental.

En Río Negro, en la ciudad descripta de General Roca, en una esquina de calle Los Andes y pasaje Bariloche del barrio Alfonsina Storni, hay una casa pintada de blanco con ventanas, puertas y verja de azul. Sobre la pared un aviso nos dice: “Si te sientes solo o triste o simplemente si quieres estar acompañado, ven y entra que siempre serás nuestro amigo”. Pegado a un árbol otro cartel indica: INSTITUTO NUESTRA CASA.

La experiencia Rionegrina de desmanicomialización se ha destacado, durante estos últimos quince años, en realizar permanentes esfuerzos orientados a humanizar el trato institucional que se da a los sufrientes mentales. En efecto, se han establecido importantes progresos en este sentido; no es menos claro el presentimiento de que aun es posible obtener mucho más.

Cuesta creer que el manicomio, institución pseudosanitaria, recién en estos últimos años haya comenzado a desprestigiarse. Tampoco debe parecernos llamativo que en esos sistemas nunca nadie haya sido curado, pues, de hecho, no es ese el mandato social que lo alimenta. El manicomio a sido siempre un lugar destinado a la reclusión-exclusión de seres humanos, un mero ente de control social hecho para “peligrosos”, “dementes” (?), o personas en extremo impredecibles.

Los imperativos sociales de este tipo se ejercen a través de cauces - apariencias - permeables a las normas prohibitivas de la cultura, a fin de que resulten permisibles. Es decir, seamos ingenuos, no hay ningún cartel que diga “Manicomio para reclusión”; sigamos pensando que el manicomio es un hospital especializado, un servicio de psiquiatría o un instituto de neuropsiquiatría.

Cada persona, cada pueblo, acaba enfrentándose a sus varias hipocresías. Este hecho, acaso, inscribe una fractura, un punto de no retorno. Entender que se ha equivocado la senda, que sé a construido algo malsano, entenderlo cabalmente, entraña ya un modo de destrucción de aquello: la aniquilación emblemática que purifica y permite recomenzar desde alguna nueva incertidumbre.

En Río Negro se comenzó con una denuncia: “el manicomio nos hace daño”. Y se desencadenó un proceso de reforma que continúa en marcha, amplificándose y consolidándose cada día. A partir de aquel momento y como primera medida, se decide efectuar una *descentralización* de la práctica, de efectores, de emplazamientos sanitarios, etc.

Antes que nada se descentralizó la asistencia. De un único lugar, el Hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Allen (a decir verdad era un Servicio de Salud Mental mayor que el resto del Hospital General que lo contenía) se pasó a brindar atención en todos los hospitales de la provincia.

Fue necesario crear Servicios de Salud Mental en decenas de Hospitales Generales, incluso en Allen, y para cada uno de esos Servicio conformar un Equipo Interdisciplinario.

Siendo que la comunidad toma al hospital como referente sanitario, el segundo paso trascendente fue ampliar la descentralización hasta franquear con lo sanitario las paredes del hospital.

Subyace en esta postura la convicción de que la locura escapa totalmente al ámbito de injerencia de una sola institución que trate de *sanar a "enfermos" mentales*. Dicho de otro modo: ¿es posible postular que Educación, Justicia, Acción social, son entes ajenos a ese fenómeno?.

No existen sistemas sociales que no le conciernan; todos, en algún momento, le entran en contacto y, de algún modo, influyen en su decurso. A esto, debe agregarse que en Río Negro, por Ley 2440, las finalidades de los tratamientos a personas con sufrimiento mental deben ser de reinserción social. Eso implica trabajo interinstitucional, comunitario.

Se impuso así una obviedad; el imperativo legal sería impracticable si nos ceñíamos a los espacios sanitarios tradicionales y a las formas terapéuticas clásicas. Transformar el aparato médico-hospitalario implicaba adecuarlo a una nueva forma de entenderlo: como vértice de un sanitario prisma diverso y plural.

Nos encontramos así ante un ambicioso y difícil intento reformista - que aun hoy estamos tratando de llevar a buen puerto – dado que esa institución no se caracteriza precisamente por su fácil disposición al cambio. Máxime cuando en este caso significa consentir un recorte de poder, un desplazamiento, en tanto redistribución de injerencias.

En este tramo del proceso se advirtió que una experiencia de Salud Mental Comunitaria acaso resultaría más accesible si la emprendíamos desde *fuera de las paredes del hospital*, inscribiéndola como sanitaria y nombrando *hospitalario* a ese espacio paralelo.

Surgió así en la ciudad de General Roca una casa de Salud Mental: el Instituto Nuestra Casa, con dependencia directa del Consejo Provincial de Salud Pública.

¿Sería posible iniciar algo nuevo?.

### **3) Un Centro de Salud Mental Comunitaria.**

El Instituto opera como *Centro Comunitario de Salud Mental*, fuera, y bastante distanciado del predio del hospital local.

Ejercer la salud desde el exterior de ese edificio conlleva implicancias fundamentales. En primer lugar desechemos la protesta más ruidosa y aparente, la cual cree que trabajar *por fuera* de las paredes del hospital es hacerlo fuera o al margen de lo sanitario. Lejos de esto, la distancia geográfica con el hospital - si bien obedeció a circunstancias particulares

que forzaron a ello - deviene principalmente de un convencimiento directriz de la labor: la locura no es un hecho meramente médico y, por ende, el lugar desde el cual se la atiende no puede estar representado exclusivamente por un organismo médico.

En estas afirmaciones cabe uno de los principios del trabajo comunitario en Salud Mental: *la desmanicomialización no sucede sin una desmedicalización del tratamiento de la locura.*

Actualmente aun persiste la crítica según la cual, lo que no está por dentro del espacio físico del hospital no constituye un ente hospitalario y, en consecuencia, representaría algo aberrante, ajeno a los objetivos sanitarios inherentes a aquella institución. El planteo es grotesco, claro esta, pero, como se sabe, la insensatez no es menos poderosa que la razón.

La discusión establece una situación equiparable a la historia judaica, en donde el Templo, en la versión de Herodes, se alzaba triunfante sobre Jerusalén, en un recordatorio ocular de que esa religión se refería a los Judíos y su historia, y a nada más.

En aquel período el judaísmo exhibía una fuerte modalidad tribal, y a su vez, las circunstancias urgían un cambio que permitiera conformar la matriz para una religión más vasta, un credo que aspirara a la universalidad. Pero la presencia del templo se oponía a esta urgente necesidad ya que su existencia misma, como pivote geográfico de la fe, lo anclaba firmemente en un lugar y en “una” historia, negando rotundamente la universalidad.

Y esto fue así hasta que una secta judía, *los Escenios*, por discrepancias inconciliables en la práctica de la Ley, decidieron trasladarse hacia el desierto. En las cercanías del Mar Muerto, en Qumram, levantaron un monasterio. Esto, que comenzó siendo un arreglo temporal, transitorio, con el curso del tiempo determinó un salto cualitativo en el orden institucional.

El acto mismo del traslado al desierto produjo, aparte del terreno propicio para el advenimiento de una nueva religión, el Cristianismo, una transformación de la realidad: Dios no estaba atado al templo físico de Jerusalén. Se entendió que lo que “traía” a Dios era la existencia y el culto de Israel, representado por la comunidad.

De este modo lo que constituía el templo ya no era la geografía y la piedra; el templo era un símbolo, una realidad creada, un lugar fundado por la comunidad. Establecido por ella misma.

El ejemplo es valido para ejemplificar la creación de nuestro Centro Comunitario en tanto que semejante a la de cualquier espacio de salud, el Poder (Dios) no atiende en ningún “templo”, sino allí mismo donde la comunidad lo invoca.

El razonamiento determina no pocos desagradados, siendo que lo que está en juego es el Poder (para) curar.

¿Que se hace, concretamente, en el Centro Comunitario de Salud Mental llamado Nuestra Casa?.

Sus atribuciones son innumerables.

- Es un lugar creado para gestionar y realizar *todo* lo que se necesite al asistir y promover socialmente a sufrientes mentales.
- Se fomenta el encuentro interpersonal y se diligencian trabajos remunerativos.
- Sabe dar apoyo a otras instituciones y participa, en la medida de lo posible, de intentos intersectoriales que busquen mejorar la situación psicosocial de la población.
- Es un punto de reunión; se dictan cursos, se ofrecen talleres de oficios, etc..
- En algunos casos, ofrece alojamiento transitorio a desamparados mientras se procede a gestionarles alguna habitación.
- Cuando la respuesta asistencial es inevitable e ineludible, transforma sus habitaciones en lugares de internación y refuerza el número de personal por turnos para que puedan realizar cuidados personalizados.
- Opera el tratamiento de los “Casos Judiciales”.
- Realiza en sus dependencias tareas de “consultorio”.
- Favorece el *acompañamiento*.

El *acompañamiento* diario al sufriente es, según nuestra opinión, una de las principales fuerzas terapéuticas que debería implementar todo Servicio de Salud Mental. Permitiendo que un demandante gane sentimiento de pertenencia a una agrupación, opera este recurso como sostén de identidades. Por su aplicación, se gana un funcionamiento institucional diferente al de las clásicas instituciones manicomiales que fomentan la despersonalización.

No obstante, como es sabido aún no ha recibido el *acompañamiento*, la *pertenencia a una agrupación primaria* y el *trabajo*, una plena valoración en las tradicionales academias formativas de Técnicos de Salud Mental. Se descuenta que tampoco esperamos recibir reconocimientos de esas organizaciones.

#### **4) Funcionamiento del equipo de Salud Mental.**

Como solos no se puede, trabajamos en grupo.

Son las singulares interrelaciones de los miembros del equipo las que sostienen la existencia de los usuarios, quienes en general han sido marginados de los espacios familiares que les daban referencias inmediatas de identidad. Por tal razón insistimos en reunirnos.

Los encuentros programados contienen las vicisitudes propias de un fenómeno grupal, en donde caben cuestionamientos y críticas. Asimismo se tolera todo tipo de proposiciones aunque parezcan irracionales. Como en todo sistema ocurren alianzas y hasta coaliciones. Como en todo sistema en crecimiento suceden crisis

El equipo comunitario cuenta, o contó en algún momento, con *Operadores de Salud Mental, Psicólogos, Médicos Psiquiatras, Coordinador de Grupo Institucional de Alcoholismo, Enfermeros, Mucamas y Asistentes Sociales*. Siempre que sea posible se sumaron otras personas a la toma y/o ejecución de decisiones, pasando, de esa manera, a integrar circunstancialmente el equipo miembros de las familias de los afectados, amigos, vecinos, docentes, abogados, etc.

Las perspectivas técnicas e individuales se aportan diariamente en el momento en que se programan las acciones. En las oportunidades en que se discuten las estrategias terapéuticas a utilizarse para cada caso, todo el equipo participa. En general el consenso determina los acuerdos que fundan las estrategias; si predominan posturas inconciliables, el jefe del equipo debe (puede) decidir.

Un grupo terapéutico, aplicándose con M.C.P., es un organismo que intenta sintetizar saberes de diferentes disciplinas para producir propuestas de acción sanitaria. En el momento de llevarlas a cabo, suelen ser ejecutadas por algunos de sus miembros designados a tal fin. Lógicamente, el equipo respalda siempre a sus *delegados* cuando estos realizan acciones - como mandatarios o voceros - en la comunidad, en casas de familia, en las salas de los Hospitales, etc..

Las actividades curativas se programan mediante la metodología de reflexión-acción. A partir de una exposición de sucesos conexos con el proceso salud-enfermedad, se evalúa y organizan desarrollos posteriores: las estrategias terapéuticas. Periódicamente se examinan los acontecimientos para reformular y rectificar, si fuera necesario, los planes curativos, de acuerdo a los resultados que se vayan obteniendo.

En la planificación de estas actividades comunitarias se pueden ver las presencias de roles profesionales específicos, pero en la ejecución de la mayoría de las tareas programadas - las comunitarias, de promoción - las acciones devienen característicamente inespecíficas, en el sentido de que ya no hay actos médicos o psicológicos ni de alguna otra especialidad. Solo actos humanos con objetivos sanitarios.

*Esta modalidad descubre una postura que se vanagloria de la propia ignorancia y la constituye en promotora de una práctica.*

Sería menos vanidoso que estúpido afirmar que nuestras estrategias terapéuticas están respaldadas por un compacto y acabado *corpus teórico*. Y esto es así por la sencilla razón de que en el proceso de desmanicomialización Rionegrino no se trabajó inicialmente acorde a modelo alguno; antes bien, la labor fue inédita en sus particularidades. En tal sentido no hubo historia referente; esta se fue creando.

No es otro el motivo, que la única forma de supervisar las prácticas sea por medio de la continua evaluación de los resultados.

En suma, se trabaja con una modalidad que no refiere a un modelo probado; la ignorancia es el terreno y no se cuentan con expertos, en tanto no hay acreedores de experiencia. Esta es la de cada día, cambiante. Y tener un momento donde poder rectificar, en consecuencia, es nuestra única garantía de avanzar acertadamente por un camino desconocido que se va descubriendo.

### **5) Los demandantes del Servicio. Los usuarios.**

El Centro Comunitario Nuestra Casa presta servicios varios, disciplinarios e interdisciplinarios, a múltiples demandantes; se realizan más de 1000 prestaciones mensuales. Pero son cuarenta, aproximadamente, las personas que conforman el grupo de mayor *riesgo psicosocial*, individuos en riesgo de manicomialización.

Dos causas determinan este grupo: la primera aparece cada día como más contingente, la severidad y recurrencia del trastorno mental que adolecen, generalmente psicosis; la segunda opera tomando a aquella como substrato y descubriéndose a diario como relativamente independiente: *el abandono*.

Si bien resulta obvio que ambos fenómenos suelen estar interrelacionados, y no sería del todo incorrecto postular a uno como causal del otro, no es tampoco desmedido aseverar que cuando existe el abandono, la desestructuración psicótica se sostiene. A tal punto es considerable este hecho, que el padecimiento de una psicosis no nos representaría un grave problema si no fuese por este fenómeno de exclusión y marginación que soportan estos afectados de los espacios en los cuales gestaron sus disfunciones.

El Centro Comunitario, para algunos, es el único lugar donde hallan seguridad y afecto. Varios de estos usuarios, si no la mayoría, no cuentan con otro referente de identidad que el grupo constituido por sus compañeros y los demás miembros del equipo de Salud Mental. Nuestra Casa termina siendo el ámbito donde se efectúa el soporte primario de sus personalidades.

A las personas que concurren diariamente al Centro Comunitario, otros sistemas suelen mantenerlos indefinidamente internadas. Como nosotros nos hemos normatizado para usar ese recurso técnico en forma excepcional - solo para mitigar los riesgos durante una crisis - eludimos la eventualidad de encierros permanentes.

Muchas de las personas incluidas en este grupo no han presentado sintomatología psiquiátrica por largos períodos de tiempo, pero el hecho de que no disponen de vinculaciones primarias en la comunidad, los mantienen en un estado potencialmente crítico.

En síntesis, *lo que indica el grado de riesgo psicosocial no es tanto la severidad del trastorno mental como la gravedad del abandono que sufre una persona con aquellos problemas.*

De todos modos, es obligatorio conjeturar que en toda asistencia hay riesgo de caer en una institucionalización paralizante semejante a la de los sistemas manicomiales. Poder visualizar ese peligro, entenderlo y evitarlo, es otro motivo de nuestra insistencia en las actividades grupales que el equipo lleva a cabo: reuniones de programación y evaluación, ateneos, grupos de reflexión, etc..

Todos los días debemos superar la paradoja que plantea querer favorecer el crecimiento personal: proteger propiciando la independencia.

El trabajo es a nuestro entender uno de los instrumentos terapéuticos más efectivo destinado a la reinserción social.

Los que pasan por Nuestra Casa no son calificados como “internados” o “internos”; tratamos que se distingan denominándolos Usuarios Trabajadores. Esta designación, diferente a paciente, ayuda asimismo a su integración social dificultada por la rotulación “loco peligroso”.

En nuestra ciudad, las vías ferroviarias pasan por el mismo centro, en una franja verde que une los extremos de la misma. Y cuando uno va caminando por las calles más transitadas puede encontrar a hombres y mujeres con palas y horquillas que limpian y cuidan esos terrenos. Son los psicóticos y otros “impredecibles sociales” encargados de la mantención de ese espacio comunitario.

Esto no es un informe aleatorio, es una ilustración rotunda que no necesita de argumentos en favor de la desmistificación de la locura.

El rótulo de peligrosos se desvanece en el momento mismo de verse a un esquizofrénico empuñando una horquilla, mientras a su lado caminan tranquilamente las supuestas personas “cuerdas”. Y esto sin contar que los locos, alcohólicos y delincuentes, construyen sus propias viviendas junto a los más respetados vecinos. Empiezan por la factura de bloques de cemento, uno a uno, hasta consumir lo que sella el éxito de sus tratamientos: la tenencia de un “techo” propio. Un lugar para vivir.

Con el trabajo público adquiere el sufriente mental un doble rédito. En primer lugar la satisfacción y alegría de comprobar y vivenciar una integración a la comunidad; a esto debemos sumarle el hecho de que se sienten útiles, productivos, por estar prestando un servicio. Así se deshacen de otra rotulación que arrastran por ser “locos”: inútiles sociales.

Lo que recibe una persona en estas circunstancias es la recuperación del Poder, poder que en nuestra cultura es casi equivalente a *poder adquisitivo*.

## **6) Acerca del tratamiento.**

La experiencia de Salud Mental que cristaliza en el Centro Comunitario Nuestra Casa, intenta desplegar nuevos caminos para la atención de personas con sufrimiento mental. Su gestación fue acorde a un

planteamiento intersectorial sobre la problemática de la locura; convergen aquí los esfuerzos no solo de Salud Pública sino, como se dijo retiradamente, de otras instituciones.

En este Servicio de Salud Mental, como en los demás Servicios de la Provincia, existen dos formas de atender “la locura”, dos que plasmadas – y según proporción - terminan dando sub-estilos de trabajo. Hay formas clásicas, tradicionales maneras disciplinarias, y una vertiente de trabajo heterogénea, no pautada, comunitaria, a la que llamamos Modalidad Curativa Promocional de Salud.

En tanto que en las acostumbradas formas de asistencia la cura se realiza en salas o consultorios, en donde la persona-paciente concurre, pide turno, espera, ingresa y se somete a un acto ejecutado por un experto, en las maneras promocionales se trastocan los procedimientos hasta grados que rebasan lo convencional y conocido.

En la asistencia clásica, se destaca la diferencia de poder en la relación médico-paciente y el uso de pocos recursos terapéuticos que, en muchos casos, no llegan a ser mas que medidas de control refinadamente encubiertas bajo ropajes pretendidamente científicos. Medidas como sujetar a una persona o separarla de su medio natural suelen ser típicos fines en sí mismo, en las que se agotan las instancias de lo terapéutico.

Al operarse con Modalidad Curativa Promocional en tareas comunitarias de salud mental, por asentarse el protagonismo en un Equipo de Salud que incluye al demandante, se elude lo iatrogénico que suelen acarrear las tendencias hegemónicas de los tradicionales expertos. Se amplían además, inmensamente, los recursos a ser empleados. Todo puede servir para la cura si nos permite alcanzar el fin sanitario: la reinserción social.

La forma promocional de curar exige progresar en la asistencia sin corcernos lo mas mínimo de aquel fin. Al fin, progresamos *defendiendo derechos y satisfaciendo necesidades*.

Mas que aseverar que lo mediatiza, creemos que es *el trato* - humanitario - lo que funda estos tratamientos. Al pactarse con algún sufriente una relación curativa en su vida cotidiana, se pautan, a manera de “encuadre”, relaciones vinculares despojadas de toda hegemonía.

Se instaura el *trato de persona a persona. Nos tratamos como personas*.

Esta condición aparentemente tan sencilla, exige, no obstante, una decidida involucración del trabajador de Salud.

Como forma paradigmática de recurso terapéutico, Nuestra Casa ofrece el *acompañamiento a las personas que sufren*. Esta actividad curativa genera resistencias, dado que al acompañamiento de una persona en su cotidianeidad - fuera de las paredes de una estructura institucional - no suele denominárselo trabajo.

Así como entrando en el terreno de la vida cotidiana la autoridad para ejercer y dirimir el Poder es cambiante, según los diferentes ámbitos y circunstancias imperantes, del mismo modo los tiempos para curar se alteran: ya no hay un determinado tiempo para hacer la salud. El sufrimiento acontece las 24 hs de todos los días y la cura debe instituirse en ese “tiempo”.

*Acompañando* al ser que sufre, nos ubicamos en una escena donde ya no se requiere consultorios, turnos, ni salas de espera.

### **7) El trabajo sanitario desde fuera del hospital.**

Como se dijo, en los Servicios Rionegrinos de Salud Mental aun conviven dos maneras de trabajar, dos modalidades contradictorias de atención. Es por lo tanto lógico que dos enfoques disímiles arrojen situaciones conflictivas y trabas para sus prácticas.

Muchos esfuerzos se han gastado para tratar de imponer un modelo sobre otro. Y aunque la ley de Salud Mental que rige las practicas provinciales parece asentarse sobre trabajos a realizar con el modelo promocional, toda la tradición psiquiátrica, psicológica y hospitalaria, descansa sobre el clásico modelo médico asistencial.

“Nuestra Casa” fue fundada para salvar, superar, trascender, este conflicto. Y por eso dijimos que allí se hace un extremo esfuerzo por llevar adelante una “reforma” en Salud Mental.

Porque la coexistencia de esas dos modalidades creaba conflictos para los miembros de los equipos y entre estos y el resto de los hospitales, se consideró necesario afianzar el proceso de desmanicomialización creando este Centro de Salud Mental Comunitario fuera de las paredes del hospital.

Y nos *centramos casi exclusivamente* en realizar tratamientos con modalidad promocional.

Su fundación tuvo para nosotros, además, el atractivo adicional de que nos liberaba del tedioso y recio trabajo de intentar reinstituir normativas institucionales hospitalarias para contrarrestar las que operan resistenciales al Modo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Pero algo nos desencantaba del mismo hecho: de este modo retrasábamos la necesaria transformación del “aparato” hospitalario. Porque es este el que fija en el imaginario colectivo, la idea de naturaleza “extraña” para la enfermedad llamada locura.

Sabíamos que en un segundo paso deberíamos ingresar con ese Centro Comunitario al hospital. Eso sería en el futuro.

Nos han preguntado asiduamente porque lo llamamos Instituto, dado que la desmanicomialización es siempre una desinstitucionalización. Nosotros hemos respondido que nuestra tarea no consiste en desinstitucionalizar sin

ofrecer otra a cambio, pues toda práctica social exige un lugar instituido para llevarse a cabo.

Y cuando empezamos a atender afuera aquello que antes veíamos adentro, empezamos a hacernos una pregunta: ¿estabamos haciendo práctica hospitalaria? ¿Seriamos reconocidos como trabajadores de Salud Mental?

En principio, pues recién esta experiencia ha comenzado, podemos decir que desde allí es más fácil eludir la tentación del control interpersonal que distrae de la promoción social. Y con relación a la pregunta, siempre nos hemos sentido “Hospital”. Al fin, como suponíamos, luego de cierto tiempo Nuestra Casa pasó a ser parte del Servicio de Salud Mental Hospitalario.

*Tratamos de instaurar una nueva manera de atender al loco y la locura.*

Pero no pudimos pensar en una organización diferente a la médica - ya instituida y con reconocimiento comunitario - que trabajando sobre “la locura” categorizara a los sufrientes mentales y sus tratamientos con designaciones propias y distintas a las que actualmente se les aplican como enfermos. Haber propuesto algo de tal tenor hubiera sido pura ciencia-ficción.

Es imposible representarse tal institución. Imaginarla supondría que ya se tiene a mano elementos para probar su existencia. Por eso la consulta, la intervención profesional, la prescripción, el diagnóstico, etc., seguirán siendo, por ahora, una de las maneras de trabajo que tendremos.

Si algún día aquella llegara a concretarse aquella intuición, aparecerán inéditos modos de ayuda que ahora ni siquiera podemos imaginar.

Pero saliendo del predio hospitalario pudimos abandonar muchos estereotipos y confirmar que, para crear condiciones favorables al desarrollo armónico de la vida, no se requiere una rutinaria costumbre de presentarnos a las tareas terapéuticas.

La mayoría de nuestras prácticas tomó su forma del siguiente razonamiento: si por sucederle cosas la gente enloquece, debemos permitirles que le sucedan otras para que se curen. Con acciones fuera del hospital *tratamos* de crear condiciones favorables a ello y como cualquier labor que pretenda transformaciones institucionales y comunitarias, debimos realizarla venciendo resistencias, cuestionamientos e incertidumbres

Dadas las resistencias profundas que encontramos, es verosímil postular que dimos existencia a una actividad cuyo ejercicio, de algún modo, amenaza transformar el orden establecido.

No es este sino el preciso desafío que impone un proyecto de gran envergadura

## 8) Un nuevo modelo de Hospital

Estos planteos trazan un nuevo concepto de hospital, más amplio y próximo a las necesidades naturales de la comunidad. Los muros del hospital caen..., para levantarse allí mismo donde la salud haya sido quebrantada.

Esto es lo mismo que decir que no existe *el lugar* que cure, sino que la comunidad dispondrá de dispositivos propios y a su alcance para abrirlo si lo necesita.

En la ciudad de General Roca, por particulares circunstancias, se debió efectuar el proceso de transformación sanitaria no desde el predio del hospital, como en el resto de la provincia, sino *desde la comunidad hacia* el hospital. Se comenzó a trabajar en una casa de un barrio, en un espacio que se instituyó, por su trayectoria, como hospitalario.

En estos momentos ciertas inquietudes cruzan nuestras reflexiones: ¿Hasta donde podremos desarrollar un Servicio de Salud Mental que propone y expone otro tipo de Hospital?. ¿Hasta cuando, cuanto, se permitirá cuestionar las formas de las organizaciones y las instituciones que históricamente controlaron la “locura?”.

Sabemos también que muchas y poderosas instituciones dedicadas al control social son aliadas naturales del viejo hospital, desde que este se ofreció manicomial para responder a sus demandas: por ejemplo las dependientes o constituyentes del Poder Judicial

El trabajo iniciado desde Nuestra Casa, cuenta con la única fuerza que da el acompañamiento del Otro en su dolor. ¿Será eso suficiente?.

Aunque la tradición médica propone y establece claras distancias afectivas y emocionales entre el personal de salud y sus usuarios, nosotros, con el acompañamiento, incluimos como propuesta técnica la necesidad de involucración personal. Postulando esa condición para el Nuevo Hospital Requerido, nos hicimos de un frente opositor formidable.

Nuestra experiencia, mas allá de sus logros o fracasos sanitarios, parece buscar el simple y humano límite que la sociedad permite a la inclusión de la solidaridad y el humanismo en nuestras instituciones.

En Nuestra Casa suceden cosas que tienen que ver con la vida.

## Capítulo 7

# **SALUD MENTAL Y PODER JUDICIAL**

### **1) Introducción.**

Aprovechando esta introducción y antes de adentrarnos en el capítulo, queremos advertir al lector que aquí solo intentaremos, en lo posible, mostrar lo realizado por un Servicio de Salud Mental Hospitalario ante demandas asistenciales del Poder Judicial. También, las dificultades “anexas” que trae al sector Salud, sobre todo a Salud Mental, depender para la aplicación de formas curativas promocionales de un Poder que no tiene a la cura - tal como la entendemos - como fin. Por último, trataremos que se vea durante el desarrollo de este tema, como nuestras ofertas terapéuticas están relacionadas a la satisfacción de *necesidades* y a la defensa de *derechos*.

En conclusión, nuestros objetivos, aunque variados, son limitados

Cuando en 1991 se promulgó en Río Negro la ley 2440 de *Promoción sanitaria y social para personas que padecen sufrimiento mental*, en uno de sus artículos se previó la habilitación de *pequeños espacios* donde alojar (internar) a personas calificadas de “peligrosas” por los Señores Jueces. Personas que según sus opiniones requirieran de “internaciones” para *sus* tratamientos sanitarios al haber sido calificados - diagnosticados - enfermos.

Estos “espacios” vendrían a llenar en Río Negro un “vacío” cubierto hasta ahí por las salas de internación de sus hospitales generales y por las celdas de las cárceles locales, donde estos sufrientes se alojaban provisoriamente.

Al momento de escribir este trabajo esos espacios aún no han sido construidos. Mientras tanto, nosotros hemos realizado una experiencia.

Las relaciones entre el Poder Judicial y los organismos de Salud Mental siempre han sido íntimas pero teñidas de una sospechosa complicidad, donde se ha entremezclado lo atinente a tratamientos sanitarios con acciones de control social.

Desde el mismo origen de la psiquiatría, al considerarse la locura una enfermedad, se trató de relacionar las conductas ilegales con algún tipo de personalidad mórbida y al enfermo mental con un potencial delincuente peligroso.

Complicando la situación y aprovechándola, algunos juristas se apropiaron de postulados psiquiátricos-psicológicos, explicativas diversas de dudosa veracidad, para teñir de honorable científicidad las decisiones judiciales exclutorias y reclutorias de las personas que delinquen.

Resultante de esos afanes, se avaló científicamente el prejuicio siempre existente de la peligrosidad del “insano mental”. Y como parte del pacto, creó la institución médica su aparato asilar para la exclusión de sufrientes mentales. Este fue aceptado con beneplácito por el Poder Judicial que siempre apareció poco interesado o dispuesto para proteger los derechos de esos desgraciados a vivir en su comunidad.

Este estado e cosas se ha mantenido durante los dos últimos siglos.

En reciprocidad por el arreglo, disfrutaban las disciplinas médicas-psicológicas un legal reconocimiento social como idóneas para operar sobre las enfermedades mentales, que de ninguna manera merecen si nos atenemos a los logros curativos que pueden mostrar.

No es fácil, ahora, denunciar un pacto entre dos organismos que ha estado cumpliéndose durante tanto tiempo. Además, se sabe, alrededor de los sufrientes mentales se fueron asentando toda una serie de intereses: económicos, de laboratorios farmacológicos, de corporaciones médicas y de otros técnicos. Hasta hay localidades que poseen su principal fuente de trabajo y su mercado en las Colonias Psiquiátricas adyacentes.

Pero un producto de ese acuerdo, los códigos vigentes, es el principal escollo que se encuentra al asistir a personas a cargo del Poder Judicial. Están redactados y fundados en “principios de control social” y la mayoría de las veces son aceptados sin crítica por los funcionarios y magistrados a los que ofrecemos propuestas de tratamientos promocionales.

Es sabido que el sector judicial está caracterizado por tener entre sus fines mantener un orden comunitario que, es cierto, solo podrá lograr si ejerce y fomenta cierto control social. Por eso, cuesta transmitir a los miembros de ese otro Poder nuestra convicción de que, en todo ser humano, “tanto de delincuente como de loco todos tenemos un poco”.

En nuestros Servicios, la tarea de desmanicomializar consiste en crear mejores condiciones de existencia para los usuarios, concebir espacios sociales donde la rotulación marginante pierda eficacia o se retire. Y con nuestro programa sanitario tratamos de mostrar, ofrecer y gestionar ante la comunidad, nuevos “camino de vida”. Por ejemplo, tratar de erradicar en cualquier situación que nos encontremos la idea de *innata peligrosidad* relacionada a los sufrientes mentales.

Pero permanentemente, al atender personas a cargo del Poder Judicial, colisionamos con interpretaciones sobre atributos esenciales de peligrosidad presentes en la “naturaleza” de *sus* casos.

Partiendo de tales preceptos, no es de extrañar que los dictámenes judiciales y las medidas reclutorias que se emiten para con los sufrientes mentales terminen produciendo, casi siempre, una despersonalización rotulante.

Estas construcciones, para nosotros prejuiciosas y paralelas a una teoría sociologista basada en el supuesto “bien común”(¿), concretizan en el imaginario colectivo una “natural” separación entre ser sano y ser enfermo.

Rotular a alguno de loco o delincuente, en sentido absoluto o casi absoluto, impide o entorpece sobremedida acercarnos al que nos demanda. No es posible trabajar en pos del restablecimiento sanitario, la reinserción social o la cura, de aquel a quien no le atribuyamos nuestras mismas propiedades substanciales.

.Ese fue el problema básico de nuestro trabajo sanitario en Salud Mental con personas a cargo del Poder Judicial. Estábamos impelidos a trabajar para satisfacer a un importantísimo sector, un Poder del Estado, que poseía una diferente concepción sobre lo que es salud y enfermedad.

Pero a pesar de saber esto, debimos elaborar ofertas técnicas alternativas, promocionales, contrarias a la mera reclusión demandada. No fue tarea fácil, e incluso por llevar a cabo iniciativas inconsultas debieron soportar procesos penales algunos Jefes de Servicios.

Como a estas personas se les habían confiscado derechos, el inicio del trabajo - con ellos y con el Poder Judicial que las tenían a cargo - consistió en fijar un encuadre terapéutico o ámbito de trabajo - que admitiera hacer efectiva la restitución más pronta de esos derechos. En concreto, en cada caso particular se trabajó para tramitar mayores márgenes de autonomía y mejores condiciones de existencia cotidiana.

Siempre, para cada sufriente, debimos ganar la posibilidad de operar en el completo ámbito comunitario.

Cada caso tuvo, por así decirse, su propio marco de normas y permisos delimitante del espacio social donde operar, dado que cada juez estuvo dispuesto de manera disímil a autorizar trabajos con sentido promocional. Esa fue nuestra experiencia y con esta población “judicial”, mas que con ninguna otra, se verificó aquello de que cada caso exige ser considerado en particular.

Cuando comenzamos a recibir los pedidos de atención del Poder Judicial dentro del marco de la Ley 2440, ya poseíamos un modo de trabajar que centraba la atención en la reinserción social.

La pregunta que nos hicimos fue: ¿ Podríamos trasladar ese fin de los tratamientos a lo que nos pedían los tribunales?. ¿Cómo tomarían estos nuestros postulados?

Tanto para el Poder Judicial como para el Sector Salud, aunque por diferentes motivos, estos casos los enfrentan a “sus límites”.

## **2) Un instrumento terapéutico alternativo.**

Hasta 1989, en la Provincia de Río Negro a los padecientes mentales a cargo del Poder Judicial se los internaba en el Servicio de Salud Mental del Hospital de la Ciudad de Allen siguiendo la costumbre manicomial imperante.

Cuando en ese año el neuropsiquiátrico cerró y porque la Ley 2440 dictó que todo sufriente mental debía ser atendido lo mas cerca posible de su residencia habitual, a los Srs Jueces le quedaron solo dos alternativas: u ordenaban la internación en las salas de Clínica Médica de los Hospitales de cada localidad Rionegrina, de donde eran oriundos los casos, casi siempre con custodia policial - siendo muchos de ellos homicidas o violadores no se los dejaba a cargo exclusivo de los Servicios de Salud sino que compartía el cuidado la Policía - o los mantenían en la Cárcel de Encauzados más próxima al juzgado interviniente, ordenando que recibieran visitas médicas y psicológicas para tratamientos puntuales.

Pero en ambas alternativas el resultado era negativo.

El alojamiento en Alcaldía restringe la atención sanitaria y, dado el contexto, diríamos que la impide. Con suerte, algunos de los allí tratados recibían una visita semanal de algún médico o psicólogo, seguramente interesados en mejorar el estado de salud de esas personas pero inhabilitados para realizar prácticas reparadoras en un marco institucional carcelario.

Los tratamientos intracarcenarios se reducían generalmente a la prescripción de psicofármacos, tranquilizantes empleados no para *curar* sino para impedir que se complicara la situación de encierro, de control. Ocasionalmente, alguien podía ser trasladado a los consultorios externos del hospital más cercano a la cárcel, en una hora convenida entre personal hospitalario, juez y policía.

Si se internaba en las Salas de Clínica Médica, la situación sanitaria del sufriente tampoco mejoraba por eso. Es sabido que luego de cierta actividad matinal, en los días hábiles, los hospitales muestran un tedioso y monótono transcurrir que nada tiene de terapéutico para la salud mental.

El estado de dolor se mantenía. Y no puede ser de otro modo con este tipo de atención, donde muchas veces se obliga a las personas afectadas a soportar largos períodos de reposo, acostados y a veces esposados a los respaldares de sus camas, vigilados por custodios policiales celosos de sus funciones.

Al recibir las primeras demandas de atención del Poder Judicial y como alternativa a esos lugares impropios, propusimos el uso del Centro Comunitario de Salud Mental *Nuestra Casa*. Ese instrumento sanitario dependiente del Hospital, lo ofrecimos como herramienta alternativa e idónea.

El Centro mencionado se encuentra en la Ciudad de General Roca, precisamente sede de numerosos juzgados. Y a ese “lugar adecuado”, como dicen los oficios y fallos judiciales, comenzaron a llegar en 1992 los llamados *casos judiciales*.

¿Éramos el lugar adecuado para tratar personas con problemáticas mentales y antecedentes delictivos?. Casos raros, porque los sufrientes mentales cometen menos ilícitos que el normal de la población. ¿Aceptarían los jueces nuestra modalidad asistencial?. ¿Sería posible trabajar con esta población en la misma forma que con el resto?. ¿Lo podríamos hacer?. Debemos confesar que esas preguntas fueron causa de reflexión grupal y aun de controversias en el equipo.

Como dijimos, los Srs Jueces solicitaban *internaciones que asegurasen control*, mientras nosotros les proponíamos terapias basadas en cuidados sanitarios promocionales en la vida cotidiana: ocupaciones laborales, una propia planificaciones de actividades, paseos y formas recreativas, etc., que aun con acompañamientos aparecían “sospechosas” a quienes exigían dominación.

Ante tal diferencia, fue obvio que debimos comenzar a trabajar en las condiciones que se nos autorizara y el inicio de cada tratamiento encontró a los distintos usuarios en posiciones diferentes, mas o menos beneficiados o perjudicados por los limites custodiales que nos exigían.

Para que el lector tenga un panorama somero del tipo de experiencias que realizamos diariamente y con ello poder inferir las objeciones que traían esas prácticas para el Poder Judicial, trataremos de sintetizar en pocas líneas el “Estilo Terapéutico Rionegrino”.

Ya hemos dicho que nuestro Servicio de Salud Mental Comunitaria ofrecía alternativas a la clásica asistencia psiquiatra, donde solo la psicofarmacología o las psicoterapias, en menor medida, tienen cabida. *Fomentábamos encuentros intersubjetivos productivos* en pos del crecimiento personal.

Como los tradicionales espacios médicos solo entienden la cura derivada de específicos *actos médicos*, realizados por precisos técnicos y en exactos *lugares y momentos terapéuticos*, y como nosotros veíamos que refugiados en esas condiciones anulábamos los intentos de trabajo con grupos de autoayuda y en la cotidianeidad, el Centro Comunitario Nuestra Casa fue organizado como un espacio comunitario y familiar que pudiera instrumentar ciertos tipos de ayudas, como las ya descritas en otros capítulos.

Usando una estructura edilicia instalada en la comunidad pero fuera del edificio hospital, sacamos las practicas promocionales de los espacios asistenciales terapéuticos: las salas de internación y los consultorios médicos.

Casi como que no tuviéramos alternativa. Porque si hubiéramos querido emplearlos para las heterogéneas acciones promocionales de salud, habríamos instalado en la institución hospital un caos interno que hubiera complicado o impedido el logro de nuestros objetivos.

Contrastando con la institucionalización de personas, que pese a lo que algunos suponen genera “abandono”, nosotros rescatamos el valor curativo de los encuentros productivos e intersubjetivos realizados en comunidad y en la cotidianidad. Y tratamos de fomentarlos.

Como en el Centro Comunitario entendíamos a la marginalidad la mejor expresión y la mayor causa del sufrimiento mental, procuramos ofrecernos en un trato (tratamiento) persona a persona y no a manera de (control) médico-paciente o (vigilante) policía-detenido.

*No fue en reparaciones de cuerpos, arreglando tramas socio-vinculares o en operaciones sobre aparatos psíquicos, donde intervenimos para ayudar, sino en el estar concreto de las personas en comunidad. No nos desvelamos por ocasionar intervenciones reparativas sino que ayudamos a que se produzcan procesos integrativos.*

Ante las exclusiones diversas que hacen recurrentes ciertos males, nuestra función sanitaria consistió en buscar y encontrar soluciones comunitarias: ayudábamos a las personas excluidas que nos necesitaban a que pudieran reintegrarse a los distintos núcleos humanos de donde estuvieran apartados.

La mayoría de los profesionales psi. están *pegados* al uso de solo algunas técnicas. De modo diferente, para nosotros todo elemento o acción que facilite el reingreso de un sufriente a algún núcleo social, lo consideramos recurso curativo

De acuerdo con ganadas experiencias de trabajo, sabíamos que toda persona o agrupación posee un potencial curativo acorde a su nivel solidario. Y con preferencia apelábamos a este cuando diagramábamos nuestras estrategias terapéuticas. Pero si requeríamos prácticas médicas, psicológicas o de alguna otra disciplina, no dudábamos en servirnos de ellas. Nuestra única obsecuencia fue con la dignidad humana.

Con un descentramiento de tal envergadura respecto a las formas clásicas que buscan la cura, el número de posibles recursos terapéuticos se nos incrementó enormemente, aunque la mayoría de ellos no tuvieran reconocimiento social como tal.

.La diferencia más beneficiosa entre *curar* en consultorio y *curar* en la vida cotidiana reside justamente en la gran cantidad de recursos que se presenta al operador del segundo modo respecto del primero. Y dentro del cumulo de medios curativos que el modo de atención comunitaria facilita, rescatamos como privilegiado al Trabajo. Ordenándolo y presentándolo

como actividad cooperativa, tiene la virtud de favorecer inmediatamente la reinserción social.

¿Aceptarían los Srs. Jueces que los aplicáramos a sus casos?.

Lentamente, el Poder Judicial fue acudiendo a nosotros para que tratáramos “su público”, aunque no podemos decir que aceptara por ello nuestro enfoque terapéutico o permitiera sin objeciones ofrecer esos nuevos recursos operativos.

### **3) Algunas cifras.**

Los señores Jueces empezaron a demandarnos cuando ya trabajábamos intensamente con una población extrajudicial, para designar de alguna manera a la demanda “habitual”, con los que realizábamos abundantes prestaciones asistenciales y promocionales. Fomentábamos su reinserción social con talleres, huertas, quintas, viveros y empresas sociales diversas.

Pero aunque teníamos un alto índice de prestaciones realizadas, dentro del área poblacional correspondiente a nuestro hospital solo existían unas 40 personas, aproximadamente, definidas como de “alto riesgo psicosocial” y que requerían de nuestro Centro Comunitario de Salud Mental para sostenerse socialmente.

Esos sufrientes, aquellos que otros sistemas sanitarios suelen manicomializar, eran personas sin familia conocida o rechazados por ellas, con graves desordenes de personalidad y/o seriamente repudiados por las comunidades de donde provenían.

Ante esta población, prevista la necesidad de cobijar alguna vez a alguno de ellos, habíamos dispuesto que las habitaciones del Centro estuvieran prontas a prepararse como alojamiento.

A nuestras diversas ofertas curativas, a los escasos recursos edilicios y materiales que disponíamos y con la población de alto riesgo que tratábamos diariamente con metodología curativa promocional, integramos esa nueva demanda, los “casos Judiciales”.

En los primeros cuatro años de trabajo con “casos judiciales”, atendimos 26. De ellos, 22 concernían a Juzgados Penales, 3 a Juzgados Civiles y hay un caso especial, al que se puede llamar caso 26. Este, será motivo de alusión al fin del capítulo.

Los diagnósticos correspondientes a esta población fueron: Psicosis, 7 casos; Debilidad Mental, 7 casos; Alcoholismo, 7 casos; Adicción a drogas prohibidas legalmente, 3 casos; Depresión Severa, 1 caso; Personalidad Impulsiva y Golpeadora, 1 caso.

Luego de cuatro años, solo 12 de ellos mantenían relación asistencial con nuestro Servicio, habiéndose producido en este tiempo solo una defunción y una “fuga”.

Es curioso y merece señalarse, que de los 7 casos de psicosis, 3 correspondieron a demandas de juzgados civiles y también ese es el diagnóstico que padece el caso que llamamos 26 sobre el que volveremos mas adelante. O sea, la psicosis, la enfermedad con que suele identificarse a la locura, fue calificación minoritaria en nuestras atenciones brindadas por solicitud de juzgados penales, donde supuestamente se ventilan los delitos mas graves contra las personas.

Entre los 22 casos atendidos por encargo de Juzgados Penales - varios homicidas y violadores - 14 eran o fueron declarados inimputables: 6 por estar alcoholizados al momento de cometer el hecho que se les imputaba, 4 por debilidad mental, 2 por esquizofrenia, 1 por psicosis paranoide y 1 por padecer una personalidad desestructurada de tipo depresiva-compulsiva.

Estos usuarios, los caratulados como *inimputables*, fueron quienes mejor caracterizaron a esa población de “judiciales”.

#### **4) Modo en que nos contactamos con el Poder Judicial.**

En Río Negro, la Ley Provincial 2440 resguarda los derechos de las personas con sufrimiento mental. Por ella, se ha prohibido la habilitación de lugares creados *nada mas* que para encerrar - internar - personas. Siendo cualquier internación un suceso penoso, todos tenemos el derecho, antes de padecerla, a recibir una atención que haga hincapié en formas promocionales de tratamiento en nuestro medio social y familiar. Esta es una prerrogativa que poseemos como seres humanos, independientemente de sí alguna reclusión sanitaria ayude o no a suprimir síntomas.

Por lo tanto, en los encuentros iniciales con miembros del Poder Judicial, allá por 1992, y siempre para cada caso como ya hemos dicho al referirnos al encuadre de estas tareas, nuestro primer objetivo fue sentar una base de acuerdos mutuos en donde no se confundiera solicitud de tratamiento con solicitud de internación.

Algo tan simple de entender aplicando simplemente el sentido común, pareciera que es difícilísimo de concebir para los representantes de aquel otro Poder. Como si los términos se les confundiesen.

Puesto que cada sector esta regido por una “lógica” diferente, en los encuentros que fijábamos para convenir aspectos del tratamiento se sucedía “desordenes de significados”. Reiteradamente pudimos observar como actos justos, legales o sanitarios, alcanzaban valores divergentes según eran ordenados, ejecutados o concebidos por uno u otro de estas dos entidades institucionales.

No obstante este relativismo - las cosas eran según el color del sector que las mirara - es claro que cuando se aplican puras medidas de control social, se crean marginados. Al confundirse la idea de internación con la de

tratamiento – malentendido iatrogénico - se fundaron las bases manicomiales.

La internación es para nosotros solo un momento del tratamiento y raramente el mas importante. Además, creemos que para solucionar la mayoría de las crisis en Salud Mental, esa instancia que restringe la autonomía de las personas no es imprescindible.

Pero para los Srs. Jueces, la internación parecía poseer el máximo valor terapéutico y desconfiaban de nosotros como de quienes mezquinan y limitan un recurso público.

Como descargo ante esas sospechas, que no son exclusivas de los Jueces, debemos decir que nunca deseamos ese recurso.

En cuanto descartamos la implementación de internaciones domiciliarias o su variante en nuestro Centro Comunitario, si llegamos a entender conveniente proteger a alguien aislándolo en un ámbito médico-sanitario, utilizamos las Salas de internación de Clínica Medica de los Hospitales Generales.

Pero con estos nuevos “casos”, sabíamos que cierto *tiempo de alojamiento restrictivo innecesario* era forzoso conceder a los Srs Jueces. Para ello, el lugar de internación que dispusimos fueron habitaciones en el mismo Centro Comunitario

Persistentemente, para cada “demanda”, se nos ordenaba que evaluáramos y presentáramos una propuesta terapéutica, como marca la Ley, en un corto plazo de tiempo. Algunos oficios marcaron solo 24 o 48 hs para cumplir tal cometido.

Si la persona se encontraba en la cárcel de encauzados, casi siempre iniciábamos los tratamientos sugiriendo su concurrencia diurna y pidiendo que se mantuviera el alojamiento carcelario por las noches, sábados a la tarde y domingos. Este pedido buscaba no sobrepoblar nuestro escaso espacio de internación disponible con internaciones que, suponíamos, podrían transformarse en prolongadas. Estas propuestas supieron no ser aceptada por algunos Jueces que remitieron compulsivamente los afectados a Nuestra Casa en carácter de “internados”.

Idealmente hubiéramos preferido que se alojaran en casa de familiares o amigos y atenderlos con formas comunitarias a convenir en el más amplio horario diurno. Pero siempre nos requirieron *garantías* para aprobar tal autonomía. Esa garantía supo consistir en pedirnos “seguridad” que el usuario no cometería algún nuevo acto “peligroso”.

Como esa predicción es imposible de realizar, el pleno trabajo promocional solo pudo ser alcanzado, en cada caso, al transcurrir un lapso de tiempo y poder mostrar durante el “tratamiento” que la supuesta *peligrosidad* era desechable

Rápidamente, primero de un juzgado y al fin de todos, comenzaron a llegar estas personas para recibir nuestro tipo de atención.

Ante estas condiciones, los primeros días de concurrencia de un usuario “judicial” generalmente se verificaba en compañía de una custodia policial. Estas vigilancias distorsionan el transcurrir cotidiano donde nosotros operamos los tratamientos; explicarlo no debería exigirnos de mayores comentarios. Pero nos ha resultado vano discutir el tema con los Srs Jueces.

Mantener una postura rígida, o sea reclamar lisa y llanamente que se nos autorizara a realizar tratamientos ambulatorios sin vigilancia, derivaba en dos resoluciones: o se nos imponía la custodia policial a pesar de nuestros reclamos, ordenando que la acatemos bajo pena de sanciones, o se mantenía al sufriente recluido en Alcaldía, separado del resto de interno en algún lugar preparado para ellos, privándonos de poder ayudarlo y creando de paso una situación anómala que políticamente atentaba contra nuestro modo de trabajo.

Ante la imposibilidad de imponer *todos* nuestros criterios y condiciones para los tratamientos, elegimos el camino de intentar poner algún límite a las alteraciones derivadas de las exigencias Judiciales. Por ejemplo, podíamos indicar que el custodio policial quedara fuera del Centro Comunitario mientras transcurría el “tratamiento” en Nuestra Casa. Con esta medida podíamos preservar, si lo necesitábamos, un espacio conveniente para el desenvolvimiento promocional.

Pero es necesario decirlo, a fuerza de concurrir a su trabajo con nosotros, muchos policías pasaron a ser figuras familiares de los usuarios. Estos empezaron a verlos como compañeros o amigos y algunos hasta realizaron beneficiosas acciones de acompañamiento. Solo en contadas oportunidades fue necesario solicitar el alejamiento del custodio del interior de Nuestra Casa.

Promocional, no quiere decir trabajo remunerativo, empresa social, o empleo independiente - obviamente esas actividades en general poseen esa virtud - sino “caminar por si solo”, ir haciéndonos persona al tratar autónoma y responsablemente con los otros. Por esto, el Centro Comunitario, aun siendo un ámbito restringido, pudo ofrecerse como lugar promocional.

Si el fenómeno de la custodia hubiera sido permanente y absoluto, es probable que toda la experiencia hubiera terminado en un fracaso. Pero siendo remarcable en algunos casos - hay usuarios que aún hoy con años de internación no han podido prescindir de ella - fue perdiendo paulatinamente significación para la mayoría de los 26 “judiciales” que atendimos. Con el correr del tiempo les fue levantada.

Incluso algunos tribunales, para algunos casos, no impusieron esa condición inicial y así pudimos trabajar con ellos promocionalmente en comunidad desde el primer día.

Al fin, pudo haber sido el dialogo concreto con los Srs. Jueces lo que permitió que se operara en algunos juzgados pequeños cambios de actitudes, que sumados, favorecieron la aplicación de ese tipo de tratamientos.

Pero no queremos dar la impresión de que consideramos todos los obstáculos como provenientes del Poder Judicial.

El ofrecimiento de modos terapéuticos promocionales a personas dispuestas ha padecer una situación de control permanente, supo causarles desconcierto. Algunas veces, ante tal extrañeza y a manera de salir de ella, conspiraron contra sí mismos induciendo medidas de sujeción y retrasando sus procesos curativos.

### **5) Algunas particularidades técnicas: los tiempos.**

A pesar que no intentamos imponer diferencias en la atención de estas personas respecto a los “no judiciales”, es evidente que aquellos padecieron limitaciones.

Ya vimos la molestia del custodio policial solucionada cuando toma confianza el Juez interviniente en la capacidad promotora de nuestra oferta. Pero la mayor desigualdad se establece ante la mayor o menor facilidad que puede tenerse para recorrer el camino planeado de la reinserción social. Este, como todo camino de vida, se construye sobre proyectos elegidos o desechado. En los “ casos judiciales”, la función de tomar decisiones libres y responsables se complica cuando cada paso de un proyecto vital debe ser informado y aprobado por un Juez.

Nosotros mismos nos encontrábamos continuamente obligados ha realizar innumerables gestiones, informes y reuniones dilatorias. Fueron frecuentes los pedidos de audiencias para evaluar, inducir o persuadir a Jueces o Secretarios de Juzgados, sobre la necesidad de aprobar asuntos triviales: cambios de documentos, viajes, encuentro con familiares fuera de la ciudad, compra o venta de algún mueble o bien personal, etc.

Es difícil mantener el objetivo de una cura en la cotidianeidad, ayudar a que se persigan fines que el común de la gente persigue de manera libre, con esos obstáculos.

Aún así, los tratamientos se fueron desarrollando de acuerdo a cierto “ritmo”.

*Primer periodo de tratamiento para casos Judiciales:* como hemos dicho, mayoritariamente se iniciaron estos tratamientos *judiciales* con encarcelados - mientras los peritos forenses actuaban y se decidía sobre su insania - con una concurrencia limitada a pocos días.

Ordinariamente comenzaron con una concurrencia diurna de dos días por semana y progresivamente, con el correr de las semanas, fueron agregando otros. Recién a los 3 o 4 meses la mayoría de estas personas se presentaron diariamente de 8 a 20 hs.

Solo extraordinariamente se dieron casos que por disposición judicial fueron directamente internado en el Centro Comunitario.

Pasado un tiempo, en el momento en que estaban concurriendo todos los días hábiles, empezábamos ha gestionar su externación definitiva de la cárcel de encauzados y su residencia nocturna, sábados y domingo, en algún lugar extracarcelario próximo a Nuestra Casa.

Se iniciaban entonces otra serie de tramites para que nos aprobaran lo sugerido. Fundamentábamos técnicamente la importancia de permitir el alojamiento del interesado en alguna casa de familia, en lo de un amigo, en alguna pensión o en la habitación que el mismo pudo haber construido con su trabajo en nuestras empresas.

Si no se conseguimos esta aprobación y vimos seriamente amenazada nuestra estrategia de reinserción social, supimos solicitar alojarlos en el mismo Centro de Salud Mental.

Este tramo supo demorar meses de audiencias, peritajes, juntas médicas y la confección de múltiples informes. Pero casi siempre nos alzamos con nuestra solicitud aprobada.

Hubo un caso donde nos presentaron desusadas objeciones, exigiendo que por las noches, en el alojamiento extracarcelario aprobado, se instalara una custodia policial. Esa propuesta fue rechazada por el mismo usuario que se negó a soportar esa condición.

Seguramente si aceptaba la medida, en un mes se le hubiera levantado la vigilancia policial nocturna, tal como sucedía con las diurnas antes mencionadas. Pero se respetó la decisión del interesado a pesar de que con ello atrasó casi cinco meses su proyecto de reinserción social.

Solo en una ocasión debió el Poder Judicial dar marcha atrás y decretar nuevamente el alojamiento en Alcaldía. Eso sucedió en un caso de alcoholismo, al reincidir el sujeto en su hábito alcohólico.

*Segundo periodo de tratamiento para casos Judiciales:* a los seis meses, aproximadamente, estas personas habían unifican sus tratamientos con los demás usuarios no judiciales.

En ese momento entraban en otro período o “nivel” de tratamiento.

Aunque salir del alojamiento carcelario nocturno o de la internación rigurosa en el Centro Comunitario no cambia lo concerniente al tratamiento en sí mismo, que es diurno y realizado en el Centro de Salud Mental, a nadie escapa que para cada persona ese hecho tiene la máxima trascendencia.

Hay un dicho entre nosotros que siempre nos apura para la gestión de los alojamientos extracarcelario y tiene que ver con la identidad de las personas

y el sentir su lugar en el mundo. El dicho es mas o menos así: *uno es, de donde tiene la cama para dormir.*

No importa que pasemos gran parte del día en un lugar cualquiera, como ser, por ejemplo, un lugar de trabajo; si nos preguntan de donde somos siempre tenderemos a decir del lugar donde vamos a dormir o descansar. Nuestro esfuerzo por desrotular, desmanicomializar, debía atender este fenómeno singular.

Considerando que trabajamos con marginados, a este periodo comprendido entre los seis meses y el año y medio podemos calificarlo como de afianzamiento del sentimiento de pertenencia a una agrupación. Favorecimos su decurso, en la mayoría de los casos, apelando al trabajo solidario, dada la íntima relación entre hacer el mundo y constituirnos como personas.

Durante este período se desdibuja la presencia y relación con el Poder Judicial, dado que los encuentros intersectoriales disminuyen drásticamente. Es una extraña etapa en donde por fin, sin tantos impedimentos, pudimos ayudar a través de la mejor promoción social.

Los interesados ya no se sentían presos - sus camas no estaban en la Alcaidía - ya no eran *delincuentes*. Pero tampoco se sentían *enfermos locos*, en la medida que el Centro Comunitario no presenta parecido con un centro medico psiquiátrico tradicional y lo llamado *terapia* consiste básicamente en transcurrir diariamente una sana cotidianeidad.

Para reforzar este fenómeno, algunas palabras tienen restringido su uso dentro del Centro Comunitario, como ser "paciente" o "detenido". Usábamos el vocablo *usuario*, fonéticamente desagradable pero siempre eficaz a la hora de eludir la rotulación.

Es extraño este periodo en que se *trabaja* para designar a personas como tales.

*Tercer periodo de tratamiento para casos Judiciales:* aproximadamente al año y medio, luego de un año de alojamiento extracarcelario, en la mayoría de los casos se comenzó a ofrecer a los Srs Jueces proyectos de trabajo rentado, independientemente del que podíamos seguir ofreciendo en nuestras empresas sociales.

Así como el alojamiento fuera de la cárcel marcó una situación diferente en el estar cotidiano y favoreció la tarea de desrotulación marginante, del mismo modo la independencia laboral marca en los interesados una autonomía y responsabilidad civil que los dignifica como "normales".

Su inclusión en alguna empresa, negocio o comercio de la zona, despertaba nuevas expectativas que revivían situaciones pasadas. También este es un periodo en que vuelven ha hacerse corrientes las audiencias en los Juzgados y la confección de informes y pericias. Por esta dinámica procesal, se parece este tiempo al inicial.

Esta última etapa, en un sistema médico-sanitario se daría a llamar momento de preparación del *Alta*, y precisamente para aprobarnos las propuestas, que incluían trabajos autónomos en la comunidad, el Poder Judicial nos solicitaba El *Alta*.

En algunos casos, este acto sanitario ya se había cumplido con anterioridad aunque se mantenía a la persona bajo estricta tutela institucional sanitaria. No existe obligación judicial de levantar medidas tutelares o custodiales por haber emitido nuestro sector una certificación de *salud*.

Este es otro indicador que muestra la irracionalidad - confusión de significados - que impera en el tratamiento sanitario cuando debemos subordinarnos a principios del derecho y no a los que dicta el dolor del interesado o las normas y costumbres de nuestras instituciones.

A veces se inmiscuían en las decisiones otros personajes, por ejemplo Peritos forenses o de partes. También hubo propias apreciaciones sanitarias de los Srs. Jueces. Todas estas inclusiones psudodiagnósticas o cuasipronósticas fueron tan importantes que supieron decidir el mantenimiento de la segunda fase del tratamiento promocional y su no pase a la tercera.

Dados contratiempos, pues inevitablemente el Sector Salud y el sufriente así vivenciaban el rechazo de sus sugerencias, se debía seguir sosteniendo al interesado en los carriles que transitaba y esperar una nueva oportunidad para proponer su independencia laboral.

Tarde o temprano, un día, se aceptaba el *Alta*. A partir de entonces, aunque seguimos teniendo relación con esos usuarios, el ejercicio de su autonomía y soberanía personal ya los colocaba en otra categoría: no los sentíamos “judiciales”. Y aunque ellos debieron seguir recorriendo todavía sus juzgados, no lo consideraban tampoco.

Nuestra *Alta* debería tener una precisa lectura. Pero soportábamos diversas y disímiles presiones para que no lo fuera.

Por un lado, era solo un documento hecho con exclusividad *para* el Poder Judicial. Una formalidad. Declarábamos como “expertos” que la persona aludida gozaba de buena o mala salud mental, para que otro, en otro lugar, concluyera sobre si estaba en condiciones o no de hacer uso responsable de su conducta. Era un informe a los fines de un dictamen o resolución judicial.

Para estos cometidos, en contra de nuestra costumbre, nos manejábamos con la categoría de enfermo, pues no podríamos hacerlo de otra manera. Primero porque nos lo exigen legalmente. Y segundo, porque es en lo único donde se nos reconocía “calidad” de expertos y se nos permitía intervenir para ayudar. Valían nuestras opiniones sobre otros seres humanos por realizarlas desde una supuesta especificidad.

Solo por esta reconocida particularidad de nuestras aseveraciones tomaban los Jueces como valida nuestras opiniones, que extendían o no a sus sentencias y fallos.

A manera de brujos, magos o hechiceros - personas diferentes al común de la gente, poseedores de un saber sobre la naturaleza que no poseen los demás - realizábamos actos rituales considerados “científicos” por la comunidad.

Por otro lado, el *Alta* dentro de nuestros esquemas y modos promocionales de atención nunca era dada completamente.

Trabajando con personas no rotuladas o en proceso de desrotulación, donde su inclusión a un grupo primario había sido ofrecida como inclusión permanente, un Alta semejante seria como dar a alguien de “Baja” de un grupo de amigos, o de la familia para que deje de ser familiar, etc..

Frecuentemente, los que oficialmente habíamos dado de *Alta* para el Poder Judicial, personas sobre las que ya no teníamos ninguna obligación legal o responsabilidad de amparo, solían visitarnos. Y en esos encuentros sentíamos que nos reencontrábamos con parte de nosotros mismos. Se revivía la perpetua pertenencia que deriva del compartir experiencias comunes.

Este fenómeno singular producido dentro del tipo de tratamiento comunitario que señalamos, deberá ser juzgados por otros en su calidad: evaluar la conveniencia o no de incluir tales factores personales en los procesos de cura. Pero ya esto no es tema de este capítulo.

## **6) El alojamiento.**

No podemos dejar pasar mas tiempo sin detenernos en el tema del Alojamiento de nuestros usuarios judiciales. Algo ya se dijo, explicando que la mayoría de ellos se alojaron inicialmente en Alcaldía hasta que pudimos gestionarle una vivienda y lograr que el Juez interviniente autorizara la externación de la cárcel. Pero como son tantas las peripecias y dificultades que encontramos para cumplir con este hecho decisivo en la reinserción social, de los que han o no delinquido, queremos ahora reseñar como fue nuestro accionar en la búsqueda de habitaciones.

Fue frecuente que los alojados en la Cárcel de Encauzados no poseyeran familiares o amigos en General Roca que pudieran ayudarlos cuando, al ser externados, necesitaran una habitación. Muchos de ellos ni siquiera eran oriundos de esa ciudad

Para dar soluciones, trabajamos en cuatro direcciones. Así pudimos encontrar diferentes maneras de alojarlos.

A los cuatro tipos de alojamiento para casos *judiciales* los llamamos: Alcaidía, Vivienda, Vivienda 1 y Alojamiento.

Alcaidía: la persona afectada quedaba alojada en la Cárcel de Encauzados durante las noches, sábados y domingos. Como relatamos, muchos casos *Judiciales* en un inicio tuvieron ese alojamiento. Al momento de evaluar la experiencia un solo caso está allí alojado, pero al inicio de la misma, esta categoría poseía el mayor número de inscriptos

Vivienda: la persona se externaba definitivamente de Alcaidía a una vivienda por el gestionada, alquilada con dinero ganado trabajando en nuestras empresas sociales o prestado por amigos o familiares. Esta última forma es la más sencilla y la preferíamos para todos los casos. Pero para algunos sufrientes, su situación de marginado y la ausencia de familiares nos hizo imposible de aplicar.

Vivienda 1: el Servicio de Salud Mental ayudaba con dinero a quién se externaba de Alcaidía para que pudiera alquilar una habitación o vivienda pequeña. Supimos usar para ello, por ejemplo, fondos del funcionamiento de Nuestra Casa o de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas que padecen Sufrimiento Mental. Solo pusimos una condición - un “pacto de honor” - para estos préstamos. Que el beneficiado al ganar dinero en nuestras empresas sociales o en algún trabajo particular, nos devolviera esa ayuda o por lo menos continuara pagando su pensión. Con estas “devoluciones” podíamos ofrecer nuevos préstamos.

Otro modo de ayudarlos dentro de esta categoría, consistió en facilitarles materiales de construcción y gestionarles terrenos - por ejemplo municipales - para que construyeran su vivienda propia. Con colaboración de todos los usuarios estas pequeñas casas se alzaron solidariamente. Esta variante la preferíamos cuando alguien era oriundo de la ciudad pues quedaba con su vivienda para el futuro.

Alojamiento: simple modo de alojar consistente en prestar las instalaciones de Nuestra Casa como “albergue”. Diferenciábamos este tipo de hospedaje de las internaciones.

A otros usuarios no judiciales ya se les había facilitado, prestamente, este tipo de alojamiento. Pero para estas personas, dado un Poder Judicial auditor, preferíamos no abusar del mismo. Temíamos crear una costumbre y luego encontrarnos con innumerables *Ordenes Judiciales* que directamente dispusieran “pensionados” en el Centro Comunitario.

En algunos casos dependientes de Juzgados Civiles - solicitud de contención o protección para personas desamparadas - supimos usar esta categoría sin tantas prevenciones.

Como podrá deducir el lector, este trabajo implica un costo financiero, en particular si se tiene que construir habitaciones o alquilar piezas. La falta de dinero siempre fue para nosotros un serio obstáculo a la hora de encarar

estrategias terapéuticas en pos de la reinserción social de aquellos que, saliendo de la cárcel, debíamos ayudar a que se instalaran socialmente.

Para terminar este punto, queremos decir que no esperamos que la construcción de aquellos pequeños espacios sanitarios para *internar casos judiciales*, de los que hablamos al inicio de este capítulo y que exige la ley 2440, resuelva el problema del alojamiento. Como seguramente se abusará de las “custodias” y se facilitará la tendencia internista, aparecerán nuevos problemas. Y siempre quedarán los viejos.

### **7) El Tratamiento Sanitario Promocional.**

Tratar el tema de las técnicas que utilizamos y hacerlo con detenimiento, implicaría mostrar los fundamentos de nuestra práctica, de nuestros actos curativos cotidianos. Como este capítulo tiene otro objetivo - describir la atención prestada por un Servicio de Salud Mental Hospitalario a personas dependientes del Poder Judicial - deberá el lector buscar sobre este tema, la información que hubiere en otros capítulos.

Pero en síntesis apretada, podemos decir que nuestro Servicio de Salud Mental satisface necesidades y realiza la defensa de derechos de sus usuarios como parte esencial de lo que llamamos *tratamiento*. Defendemos la legitimidad que todo ser humano tiene de desarrollarse como persona en comunidad. Y encontramos en ese cometido las llaves de la cura

A pesar de todos los obstáculos, los *casos judiciales*, en especial aquellos dependientes de Juzgados Penales y declarados inimputables, homicidas o violadores, fueron tratados técnicamente de la misma manera que otros sufrientes mentales no judiciales.

Siguiendo nuestra metodología de trabajo, para cada caso confeccionábamos una estrategia terapéutica que tendía a su reinserción social. Y esas estrategias terapéuticas promocionales, diferentes unas de otras, se diseñaban como un camino de vida.

Debido a que ayudábamos a concretar proyectos personales, estábamos obligados como trabajadores de Salud a realizar el acompañamiento de esos sufrientes en la cotidianeidad. Atendíamos en múltiples situaciones - muy poco en consultorio - la mayoría no reconocidas como sanitarias. Obviamente los psicofármacos y las psicoterapias se utilizaban si eran necesarias.

Para lograr nuestros fines curativos dentro del Modo Rionegrino de Trabajo, no tuvimos otra opción que presentar y ofrecer el Centro Comunitario como “ámbito” de convivencia en reemplazo del natural medio social.

Realizábamos, sin sanitizar, acciones en la cotidianeidad. Operábamos encuentros interpersonales sin transformarlos en relaciones médico-paciente o psicólogo-paciente. Por eso nos caracterizamos técnicamente.

Sin embargo, aplicar los principios promocionales en algunos periodos, como por ejemplo durante aquel en que presentaron custodia policial o restricción de autonomía por mandato judicial, fue engorroso. Igualar el valor y significado de esos dos ámbitos es algo ideal, por lo que supimos entrar en las etapas finales de tratamiento, apremiados por ofrecer experiencias que exigieran ejercer responsabilidad y desenvolvimiento libre en la concreta comunidad.

Un trabajo organizado a manera de cooperativa y que desde el inicio se ofreció a los “Casos Judiciales”, les daba participación como socios de una empresa de limpieza y desmalezamiento de terrenos. Logramos firmar un convenio con la Municipalidad de General Roca y nos comprometimos, como Empresa Social, a mantener limpios algunas zonas públicas ubicadas dentro del casco céntrico de la ciudad. Por tal servicio cobrábamos un monto fijo mensual que se repartía equitativamente entre los usuarios aplicados.

Cualquier actividad grupal que inspire sentido de solidaridad es un instrumento valioso.

Para las mujeres a cargo del Poder Judicial y que asistimos promocionalmente, también se dispusieron tareas diversas: talleres de costuras, de planchado y lavado de ropas, de cocina, etc., actividades que compartían con la población de usuarias no judiciales y que representó, en cada caso, algún ingreso monetario.

El Comedor de Nuestra Casa ofrecía comidas a usuarios en situación de desamparo. Allí comieron los *judiciales*.

Este comedor, sobre todo, favorece encuentros interpersonales. A partir de ingerir alimentos en grupo, se establecen relaciones íntimas que ayudan a sostener la identidad. Esa es la razón fundamental del porque manteníamos ese servicio que pudimos haber satisfecho en otros comedores comunitarios. Dábamos tanta importancia al encuentro alrededor de una mesa, como a la directa nutrición.

Lo financiábamos con nuestros fondos. Muchas veces recibió donaciones y casi siempre le acercó recursos la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Sufrimiento Mental. Pero en épocas de grave crisis social, cuando dejamos de recibir los fondos públicos necesarios, los mismos usuarios destinaron de sus ganancias en las empresas para mantenerlo abierto. Entre los donantes, los judiciales.

Siempre que necesitaran, las personas dependientes del Poder Judicial concurrían a grupos de autoayuda de alcohólicos - grupos G.I.A - a grupos terapéuticos para personas de bajo o alto riesgo psicosocial y a talleres de alfabetización, música, expresión artística, etc. También en estas concurrencias, los sufrientes *judiciales* interaccionaban con los demás

usuarios no judiciales. Estas “integraciones” sumaban ayuda para despojarlos del rótulo (delincuente) *peligroso*.

El único momento en que se conformaban ellos, exclusivamente, en un grupo de autogestión, se daba a llamar precisamente Grupo de Judiciales. Se reunían dos veces por semana en un ámbito que garantizábamos curativo, para analizar el destino de cada una de sus causas judiciales y los posibles caminos a seguir desde el punto de vista legal y/o sanitario. En estos encuentros podían plantear libremente y con respeto el tipo de ayuda que creían necesitar, tanto para agilizar sus causas en los juzgados y defensorías como sobre sus terapéuticas.

Allí mismo supimos programar y actualizar algunas estrategias terapéuticas para presentar al equipo del Servicio.

Seguramente el lector estará pensando que es necesario para este trabajo contar con el asesoramiento y concurrencia de un abogado. Como ya dijimos, acudíamos asiduamente a Fiscalías, Defensorías, etc. Hay que destacar en este sentido las constantes reuniones con defensores, secretarios de juzgados e incluso Jueces. Algunos días supimos recibir la visita de Jueces en “Nuestra Casa”. Si consideramos que en las grandes organizaciones manicomiales, según cuentan, es casi nula la presencia de estos personajes del otro Poder del Estado, tenemos que dar valor a estos sucesos y comentarlos.

### **8) Algunas cosas probadas y una propuesta.**

Nuestra experiencia prueba que es posible ofrecer a las personas sufrientes mentales con causa judicial, sobre todo a los que han cometido delitos penales, el mismo tratamiento que se brinda al común de ellos.

Otro corolario: aun con esta población condicionada judicialmente, debemos cuidarnos de hacer uso abusivo de su internación.

Toda internación es en mayor o menor medida una privación dolorosa de libertad, ya sea en los ámbitos judiciales-policiales, sanitarios, educativos, deportivos, etc.. Pero el Poder Judicial, quien decide, lamentablemente confunde tratamiento con internación.

El *aislamiento* y *el reposo*, indicaciones antiquísimas de la medicina para favorecer la recuperación de cuerpos “enfermos”, al traspolarse para nuestras “curas”, crea condiciones institucionales de quietud y falta de interacción humana. Justamente lo contrario a las necesidades de la salud mental.

La soledad y la apatía, causa y expresión del sufrimiento mental, se estimulan al ordenarse actos de internación.

En los tratamientos promocionales que propusimos al Poder Judicial invertimos esas indicaciones y llanamente ofrecimos *actividad y contacto vincular*, las condiciones necesarias para que se manifieste un buen estado de salud mental.

Pero cualquier actividad y contacto vincular presupone aceptar riesgos, categoría inscrita dentro de la lógica promocional pero excluida en la lógica de control que predomina en el Poder Judicial.

Recién en estos momentos, luego de ardua lucha, nuestras instituciones sanitarias lo están aceptando. Y casi siempre a regañadientes. Hay que admitir por lo tanto que las instituciones judiciales tendrán mayores dificultades en aprobarlo.

El resultado de nuestra experiencia demuestra que no es necesario crear lugares especiales para atender los *casos judiciales*. Alguna vez podrá necesitarse una internación estricta y quizás con custodia policial permanente, pero serán excepciones.

Y con nuestras terapias, poniendo al sufriente “judicial” en comunidad, también ayudamos a disipar el serio prejuicio que encierra este especial sufrimiento, *la idea de peligrosidad* sobrevaluada por él rotulo “delincuente”.

Un lugar de trabajo de usuarios en la Cooperativa de Limpieza y Desmalezamiento de Terrenos que incluye a “*judiciales*”, se encuentra justamente frente a varios juzgados de donde podían ser observados por sus Jueces. Sabemos que los veían con picos y palas entre muchos otros ciudadanos que por allí caminaban. Y nos han llegado sus buenos comentarios.

Los Srs Jueces tuvieron sus propias experiencias correctoras.

Hasta desde un punto de vista financiero probamos que no hace falta gastar grandes sumas de dinero en un sistema de control, cuando con poca inversión se puede utilizar un sistema promocional de máxima eficacia.

El costo mensual de funcionamiento de nuestro Servicio de Salud Mental y de su Centro Comunitario es de aproximadamente 25.000 \$, incluyendo sueldos. Con ese costo se dio respuesta desde el sector público a toda demanda de Salud Mental en una población cercana a las 90.000 personas, entre ellos a los *casos judiciales*.

Una simple proyección nos dice que para 35.000.000 de personas, la población nacional, haría falta 390 Servicios de estos con un costo cercano a los 10.000.000 \$. Si se compara esta cifra con los presupuestos de las Colonias Psiquiátricas o Centros Neuropsiquiátricos que proliferan en diversas regiones del país, se verá que esta experiencia es también atractiva desde un punto de vista financiero.

Nos hemos preguntado porque no se hace una política de desmanicomialización que incluya los resultados de esta experiencia. Y la

respuesta lamentablemente siempre es la misma: por tener la locura él rotulo de *peligrosa*.

Nuestra experiencia con estos casos que han delinquido, apunta al corazón de esos prejuicios.

Queda por fin comentar el Caso 26.

Un día, hace ya unos años, en un crudo invierno donde la temperatura bajaba los 0º, recibimos telefónicamente desde un alto nivel Político de Salud Pública el mandato de que nos presentáramos en un juzgado para “ver” un caso.

Nuestro primer pensamiento fue que algún nuevo sufriente mental, encauzado, nos sería presentado. Al llegar a tribunales y pedir información en su mesa de entrada, empezó nuestra sorpresa. No se nos informó de ningún Juez solicitante de tratamiento para alguien a su cargo, sino que se nos pidió pasar a una oficina donde se desarrollaba una especie de asamblea de empleados. No creo que estuvieran allí Jueces o Secretarios de Juzgados - si los había no los diferenciamos - sino que se había hecho presente toda la población de ordenanzas y escribientes que pululan en esos edificios.

Nos cuentan que una persona, desde hacia tiempo, casi diariamente, peticionaba por una pensión o jubilación en forma confusa. Todos suponían que estaba loco pero no sabían como proceder. Relataron que llegaba muy temprano, tanto que podría decirse que dormía en el umbral del edificio esperando la hora de apertura.

Preguntamos por él y nos lo señalaron sentado en un banco en la sala de espera.

Este caso fue atendido siguiendo nuestro método y técnicas.

Al principio del tratamiento recibimos llamadas telefónicas de esos empleados queriendo conocer su evolución; luego esas llamadas se cortaron. Hoy, habiéndosele gestionado una vivienda, trabaja con nosotros en la empresa de limpieza de terrenos. Algunas temporadas, cuando consigue otro trabajo, suele ausentarse de la localidad. Anda bien.

Pero sobre esta persona siempre hemos tenido la duda de sí debíamos considerarlo un caso *judicial*.

¿Por que los empleados judiciales no se apoyaron en los Jueces para obligarnos a que le diéramos atención?

El caso 26 es un caso *bisagra*. Esta en dos lados de la marginalidad, en el sanitario y en el judicial y se abre y apoya ya en uno, ya en el otro.

Y también está en otros dos lados, en el de la cordura y en el de la locura y se habrá y apoya sobre los dos. Como todos.

## Capítulo 8

### **UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA**

#### **1) Nuestro fin terapéutico.**

Con los trabajos para la Reinserción Social de nuestros usuarios, el *reinjerto*, ayudamos a que puedan restituirse en los diferentes grupos de origen de donde han sido marginados.

Persiguiendo este propósito, además, ayudamos a que cada demandante pueda integrar aspectos y potencialidades marginadas de sus personas. Los componentes postergados de nosotros mismos, de nuestras personas, que todos poseemos en diferente medida, producen un sufrimiento anímico - espiritual - vago e indeterminado, que termina siendo la principal fuente del dolor mental de la humanidad. En toda consulta psicológica o psiquiátrica podemos verlo.

Fue durante el tiempo en que nos abocamos a la externación de internados con larga estadía hospitalaria del neuropsiquiátrico de la Ciudad de Allen, cuando tomamos conciencia del deber de trabajar en pos de la reinserción social. Entendimos la marginalidad como eje central del dolor mental y nos propusimos superarla. Con esta actitud comprensiva comenzamos a organizar y operar las estrategias terapéuticas.

Entonces, como ahora, nuestro trabajo consistía fundamentalmente en ayudar a rehacer historias de personas manicomializadas. Apoyarlos para que pudieran encontrar dignidad. Sus vidas, dejadas tras muros de ladrillos y prejuicios.

Recordaremos siempre el día que la Asistente Social del equipo pronunció las palabras “reinserción social” y nos invitó a utilizarlas, dejando de lado términos como “externación”, “reinserción familiar”, “alta hospitalaria”, etc. De allí en mas, consideramos a la reinserción social como una vuelta a la vida, al placer de existir y al riesgo cotidiano de ser. Y salimos a pregonar nuestra concepción curativa, “el descubrimiento”.

Visitamos en primer término a nuestros compañeros de los Servicios de Salud Mental que comenzaban por esa época a conformarse en los hospitales de las distintas localidades de nuestra provincia. Ahí notamos por

primera vez las resistencias y rechazos que luego encontraríamos repetidamente al trabajar tras ese objetivo. Desde entonces, ciertos argumentos repetidos nos señalan los sitios donde se intenta sostener los avales del sistema manicomial.

Algunos equipos hospitalarios, de donde eran oriundas algunas personas a externar, ante nuestra propuesta de cambio en su finalidad terapéutica, respondieron que a la reinserción social no la asumirían nunca como razón de sus actos sanitarios y que continuarían con sus tradicionales fines: la reparación de daños físicos o psíquicos, con exclusiva utilización de recursos clínicos, médicos o psicológicos. Explícitamente, varios Servicios eludieron colaborar con nosotros en la ayuda de aquellos para los que les pedíamos cooperación.

En esta transformación del Sistema Sanitario Rionegrino de Salud Mental, aun hoy presenciamos una lucha entre los que postulan la reinserción social como finalidad de sus prácticas y los que pretenden seguir entendiendo la enfermedad mental como un problema esencialmente médico-psicológico a resolver con recursos exclusivamente médicos-psicológicos.

Aunque obre los motivos de esas resistencias habría mucho para decir, señalaremos apenas algunas razones.

Algunos provienen del tipo tradicional de formación técnica universitaria de los profesionales médicos y psicólogos. Pareciera que no se los hubiera preparado para ver, dentro del campo práctico de trabajo con los sufrientes, que lo médico o de psicólogos muchas veces es poco importante o necesario.

Hay también renuencias que se justifican en la presencia de poderes corporativos que ven amenazadas sus “posiciones institucionales” - el lugar de Poder que ocupan - por nuestro Modo de Trabajo Rionegrino. Esta modalidad, propone una redistribución del saber y la utilización del potencial curativo presente en todo ser humano.

## **2) Involucración y compromiso.**

Ahora quisiéramos detenernos en comentar aquella repulsa a la que atribuimos máxima significación. La nueva propuesta, comunitaria, al establecer como finalidad terapéutica la reinserción social y su búsqueda en el ámbito de la cotidianeidad, exige un *compromiso personal*, demanda una involucración que, como es obvio, despierta toda una serie de temores y prevenciones.

Contrariamente, en las prácticas regidas por modalidades “tradicionales”, diferentes escuelas y teorías abogan por mantener una “distancia terapéutica”, una “posición de escucha”, etc., para lo cual han creado

ámbitos psicoterapéutico, “esferas” o “mundos”, en donde el otro, el que padece, el que nos consulta, quede del *otro lado*.

Mas que atender seres humanos concretos, los que trabajan con estos recelos atienden a “clientes”, “pacientes”, “enfermos”, etc.. Abstracciones. Se dedican a trabajar sobre “cuerpos erógenos”, “tramas vinculares” o “tramas sociales” que sostienen subjetividades, etc..

Según nuestro parecer, sin un total reconocimiento como persona en el mundo, el sufriente “mental” que nos solicita no puede ser ayudado. No trabajar *de persona a persona* amplía un estado de marginalidad. Agrava un cuadro doloroso.

Lo que nosotros en aquel entonces proponíamos a los Servicios de Salud Mental y ahora proponemos en este libro, fue lo siguiente: *todo grupo que diga trabajar comunitariamente en Salud Mental, deberá ofrecerse como soporte vital de las personas que desee ayudar.*

Ese ofrecimiento se propone en diferentes “planos”:

a- Los miembros de un equipo deberán “darse” como *referentes personales*, hasta tanto los sufrientes se incluyan en otras tramas vinculares primarias que puedan “sostenerlos” en su cotidianeidad. Los integrantes de cualquier Servicio de Salud Mental deben estar dispuestos a ser tomados como *sujetos de amor y odio*, trabajando en lo que damos a llamar vida cotidiana.

b- Un equipo, como *grupo*, deberá servir de matriz grupal, hacedora del significado de la cosas, sentimientos y sucesos de la realidad. Gestionará y acompañará en sus tareas a los demandantes, dentro de un marco de familiaridad; durante la reconstitución del “sí mismo”.

c- Un equipo deberá poseer un *marco normativo* dentro del cual las acciones que acontezcan adquieran sentido y direccionalidad. Esto dará al sufriente referencias necesarias para sostener sus juicios de realidad.

d- Por último, los miembros de un equipo deberán garantizar un *ámbito comunitario* donde las personas sufrientes aprendan a dirimir y ejercer el Poder. Incluso con ellos.

Como se ve, esta modalidad de trabajo pide mucho a quién quiera ejercerla y era previsible que encontraríamos resistencias a su implementación.

### **3) Institucionalización y vida cotidiana.**

Una persona aislada de su contexto deja de ser comprensible.

Pero el contexto cambiante, el cosmos, es algo creado a cada instante y en dinámico suceder. Y eso determina que cualquier posición que un hombre haya ganado en el mundo, le varíe permanentemente. No solo por lo que determinan los demás, sino porque el mismo lo renueva.

Por tal razón, por estar alterando invariablemente su manera de estar, las personas devienen impredecibles.

De todos modos, paradójicamente, aunque en la cotidianeidad, en ese calidoscópico suceder, cambiamos ininterrumpidamente nuestro modo de estar, tampoco es concebible percibir una persona sin situarlo en un determinado y fijo estado.

Confirma este fenómeno la institucionalización, la manera paradigmática que se ha estado utilizando para intentar controlar la impredecibilidad del Ser Humano. Pretender *fijarlo* a precisas y limitadas condiciones determinativas de su ser, como si no fuera una totalidad dinámica en constante crecimiento.

En relación con esto, es notable como el Poder Judicial, o los medios de comunicación al realizar sus “Juicios Periodísticos”, apelan a sucesos puntuales, a momentos de una vida, desechando la totalidad de las historias de los personajes cuestionados.

Con nuestros tratamientos en la vida cotidiana, abandonamos los fines de control; entre otras cosas por lo dicho sobre la impredecibilidad del hombre y prescindimos de la perversa macroinstitución manicomial. Decidimos trabajar en el ámbito comunitario sobre los condicionantes cotidianos que influyen en los estados de salud o enfermedad mental.

Al decir que nuestras terapias abandonaron los fines de control para alcanzar nuevos logros, pareciera que expresamos una contradicción, ya que para poder ayudar a que alguien salga de una posición sufrida, debemos influir - controlarlo - de alguna manera.

Por lo tanto debemos precisar a lo que aludimos en realidad. Es a la renuencia a influir *exclusivamente* desde una sola posición instituida. Buscamos aprovechar los cambios esenciales que realiza todo ser humano en su vida cotidiana. Por ejemplo cuando pasa de una situación de deporte, lectura, recreo, aseo, etc., a otra.

Tratamos de alcanzar fines sanitarios en todos los ámbitos posibles y no solamente desde los clásicos médicos.

#### **4) Modelo terapéutico comunitario.**

*Los “enfoques” intelectuales con que entendemos los fenómenos humanos, terminan siendo “moldes configurativos” de lo real al momento de la práctica y sus análisis.*

Cualquier experiencia de Salud Mental o de cualquier otro orden, debe sostener su valor en las comunidades con explicativas que posean validez social.

En las *terapias orgánicas*, por ejemplo, se interpreta el proceder técnico a partir de entender la enfermedad como una disfunción orgánica y al dolor

como una expresión neuronal. Estas inferencias – no importa ahora si son correctas o no - se extraen de experiencias médico-paciente y son sostenidas por las instituciones medicas.

Por esas deducciones, los múltiples intentos de producir transformaciones corporales para alcanzar el bienestar mental del llamado enfermo, se presentan ante las comunidades como hecho coherente.

Cuando se entiende el *malestar* de las personas derivando de ellas mismas, deja de resultar necesario apelar a técnicas grupales, institucionales, etc.

Nosotros consideramos al ser humano emergiendo como sujeto y determinado, por una multitud de tramas vinculares. Es pues natural que requiramos, para ayudarlo en su dolor, de prácticas reparadoras de otro tipo.

¿Qué entendemos por trabajo comunitario de salud mental?

Hablamos de realizar trabajos de salud mental comunitarios:

- Cuando atendemos las vicisitudes de los seres humanos sufrientes durante los acontecimientos vividos con otros al ejercer y dirimir el Poder.
- Cuando analizamos las circunstancias en que se producen hechos dolorosos y controlamos la tendencia a imponer hegemónicamente una propia *visión o concepción de la realidad*.
- Cuando atendemos en el lugar de vida corriente del sufriente, en un estado opuesto a la institucionalización. En la cotidianeidad - “lugar ideal” para realizar tratamientos que persigan cambios por alteración de condicionantes conductuales - en ese *modo de estar diario* que nos ofrece recursos inéditos para influir hacia “la salud”. Allí, donde cualquier Poder emergente puede operativizarse a los fines de la cura, pero donde es muy difícil modificar o transgredir a nuestro gusto los marcos normativos que nos configuran.
- Cuando como terapeutas aceptamos y soportamos el hecho de vernos dirimiendo el poder-saber con los demandantes. Cuando ejercemos y dirimimos el Poder, *influyendo y siendo influidos significativamente*, en cualquier tratamiento.

Pero el uso de la palabra “comunitario” a llevado a equívocos, ya que a ese término se le han otorgado diferentes sentidos.

Muchas veces por comunitario se entendió el mero trabajo social; otras, cualquier tarea que intentara satisfacer necesidades; a veces, comunitario fue simplemente un sinónimo de extramuros o trabajo *fuera* de las paredes de una institución. Esa expresión supo usarse también para referirse a cualquier actividad preventiva, promocional, educativa, etc..

Para evitar confusiones ante tal profusión de sentidos y precisar el uso que daremos al vocablo, fijaremos el significado que tiene para nosotros.

En principio, hablamos de comunitario con relación al *ámbito interinstitucional*. En segundo término, entendemos un *enfoque comunitario* como aquella perspectiva intelectual que atiende con preferencia a los fenómenos que se producen por dirimir y ejercer el Poder.

Se comprende entonces, que pueden realizarse tareas extramuros sin que sean comunitarias y tampoco es comunitario un trabajo que hegemoníamente eluda, sobre todo con los demandantes, dirimir el Poder (el saber hacer).

Inversamente, por ejemplo en un consultorio, podemos trabajar comunitariamente aún realizando prácticas individuales, si operamos la relación terapéutica utilizando las influencias recíprocas que se ejercen para resignificar los intercambios.

El fenómeno del análisis de transferencia y contratransferencia producidas durante las sesiones psicoanalíticas nos acercan al enfoque comunitario, mientras que nos alejan de este planteo todas las prevenciones que se establecen en los contratos psicoanalíticos para separar analista de analizado. Postergar las ideologías, por ejemplo.

Con la *Modalidad Terapéutica Asistencial* se operativizan las curas utilizando el Poder desigualmente distribuido y aceptado en las relaciones médico-paciente. De manera distinta, con la *Modalidad Curativa Promocional* el Poder utilizado surge de la vida diaria, en el mismo "sitio" donde se aplica el Poder en los encuentros persona a persona.

Toda práctica terapéutica, en tanto hecho humano, en sentido amplio es comunitaria. Aun cuando los técnicos y los demás involucrados no tengan conciencia de su alineación con ese nivel, están ejerciendo y derimiendo el Poder.

De todos modos, en las prácticas terapéuticas clásicas, el análisis del Poder es superfluo, ya que si bien se utiliza, de ninguna manera debe operarse para poder instrumentarlo: es un elemento supuesto de los métodos y técnicas tradicionales. Por eso se espera que la influencia se ofrezca eficaz aún sin el convencimiento del sufriente para las psicoterapias o sin su consentimiento en las terapias biológicas.

De un antibiótico, por ejemplo, se aguarda que resulte benéfico aunque el receptor descrea de su eficacia o se haya opuesto a su aplicación. Y en algunas intervenciones psicoterapéuticas que operan con señalamientos e interpretaciones, con la misma convicción solemos escuchar: "no importa lo que usted crea de esto; diga simplemente lo que se le ocurra sin censuras".

Inversamente, en las prácticas curativas promocionales y comunitarias, la influencia debe ser explícita, negociada y acordada. Ejercer el Poder en las relaciones interpersonales durante la cotidianeidad, exige de tales acuerdos.

Mas allá del valor que reconozcamos a los trabajos con enfoques orgánicos, psíquicos o sociales, nosotros tratamos de abordar la problemática de la locura de manera comunitaria.

Con esta perspectiva intelectual, los sufrientes mentales se nos presentaron como marginados. Eludiendo ver los “locos” como peligrosos, degenerados, viciosos, estúpidos, trastornados, dementes, discapacitados, etc., pudimos atenderlos como seres íntegros. Recién visualizados de esa manera, pudimos ayudarlos a ganar su espacio social.

Porque mientras estén fuera de alguna estructura donde se genera Poder, los “locos” - tradicionales marginados de los espacios sociales desde los cuales a las personas se les garantizan derechos y se le satisfacen necesidades - seguirán siendo seres sin capacidad de influencia e incapaces, por ello, de subsistir.

Las terapias individuales investigan como permitir el *goce de la subjetividad*. Las terapias grupales buscan *el crecimiento del ser sano en un mundo significativamente adecuado*. Las intervenciones institucionales aspiran dar un *orden sanitario entre los seres que intercambian*.

Los tratamientos comunitarios se formalizan en función de su propia especificidad: *atender el destino del Poder cuando se busca alcanzar las finalidades esenciales que requerimos para seguir siendo. Satisfacer necesidades y defender derechos*.

Fue para permitirles alcanzar ese propósito, que intentamos construir un nuevo sistema asistencial en reemplazo del viejo e ineficiente Hospital Neuropsiquiátrico.

### **5) Las palabras y sus usos.**

Una diferencia notable entre los Modos curativos y terapéuticos, se revela claramente en el lenguaje corriente con que refieren a los fenómenos psicosociales. Ya dijimos que nosotros abandonamos los diversos rótulos diagnósticos que se asignan al “loco” y que les reemplazan hasta el nombre y el apellido. Pero además, nuestras ideas operativas usadas comunitariamente dejaron de lado el léxico casi ininteligible que suelen usar los adeptos a algunas escuelas psicológicas.

Cuando pusimos en práctica nuestro trabajo promocional en la vida cotidiana y empezamos a conceptualizarla, ocurrió un curioso fenómeno: aparecieron nuevas designaciones personales coincidentes con un crecimiento, como personas, de los usuarios del Instituto Nuestra Casa.

Se empezó a poner sobrenombres: Eduardo pasó a ser *El Eguardo* y Oscar, *El Ocarcito*, etc.. Aparecieron frases como “el Eguardo anda bien pero el Ocarcito... en cualquiera momento cualquiera cosa.”.

Karina, una joven adolescente, había sufrido una enfermedad dermatológica de dudosa etiología. Un médico, en una de sus tantas interconsultas, apuró un diagnóstico diciendo que padecía la enfermedad de Kawasaki. Por supuesto nadie de nuestro equipo había oído hablar jamás de

tal mal. Y estaba Fabián, otro usuario que nunca presentaba anomalías llamativas, excepto una discalculia; por ejemplo, si se le pedía que midiera el alto de una puerta, iba y volvía lo más tranquilo diciendo: “dieciocho metros”. Como la “normalidad” de Fabián contrastaba con el severo cuadro que padecía Karina, empezaron a decirle a aquel “el Puma”, *El Puma Fabián*, por la motito nacional comparada con la moto japonesa.

Sergio fue “hallado” abandonado, hambriento y delirando, en la puerta de una oficina pública donde, según nos dijeron, concurría desde tiempo atrás para peticionar una disparatada jubilación. Vestía mal y usaba un par de zapatos N° 45, inmenso, cuando su medida sería 40 o 41. Desde entonces se llamó *Pie Grande*.

Hay un muchacho depresivo que gusta relatar su estado anímico; él es *Tristeza*. Luis no quiere trabajar, es *Fatiga*. Juan, el más longevo de nuestros usuarios es *El Viejo*. Hector tiene una manera particular de comenzar una conversación: “digo yo... usted no tendría...”. Hector es *Digo Yo*.

Como un grupo de adolescentes en búsqueda de identidad, este fenómeno de uso de sobrenombres expresaba que se estaba ganando un espacio social, un sitio social construido allí mismo, en esa cotidianeidad del “Instituto” usado como lugar de interrelación para un Grupo Primario.

Los “locos” marginados, innominados, velados por un rótulo, entre graciosas caracterizaciones estaban adquiriendo un grupo de pertenencia hacedor de identidad.

Mientras nosotros reuníamos ideas y palabras nuevas para intentar conceptualizar la experiencia que realizábamos, los sufrientes obtenían palabras íntimas que expresaran su ser. Y esos procesos eran y son correlativos.

En nuestros tratamientos comunitarios, en lo posible, dejamos de lado las designaciones psicopatológicas y ya no hablamos de psicóticos, obsesivos, etc.; eludimos esos rótulos por el uso marginante que suele acarrear su empleo. Institucionalmente los consideramos “usuarios”.

Manteniéndoles sus nombres propios y respetándolos con sus sobrenombres, aun cuando debamos referirnos a ellos como usuarios cuando analizamos sus “cuadros” dolientes, los antes innominados se recuperan como personas.

## **6) Declaración de enfermedad.**

Como decíamos, en los tratamientos comunitarios de Salud Mental operativizados en la vida cotidiana, tratamos de eludir el uso de la palabra *enfermedad* o las usuales denominaciones psicopatológicas.

Intentaremos dar una explicación de tal proceder trayendo a colación algunas afirmaciones que realizan las personas que padecen alcoholismo y han detenido su ingesta a partir de pertenecer a un grupo de autoayuda.

Ellos afirman que lo que sufren no es un vicio sino una enfermedad; incurable, aunque susceptible de ser “detenida” si se la trata adecuadamente. Se definen como *enfermos para siempre* y es a partir de dicha declaración que pueden iniciar el tratamiento autogestivo que en cada caso culminará, o no, con la abstinencia.

Ahora bien, este fenómeno de declaración de enfermedad, tan claro en el ejemplo, es general para todas las dolencias.

*Toda enfermedad es una declaración* de la misma y así debe serlo para que socialmente se la reconozca. Declarando institucionalmente un estado de ser como “enfermo”, se afirma tal disposición y perdurará en el tiempo.

Como una marca divina, las categorías diagnósticas separan esencialmente de los demás a los seres que se le aplican. .

Ya la incurabilidad de las enfermedades se nos había hecho manifiesto por otros motivos. Si por curar se pretendía la *restitutio ad integrum*, ese logro era imposible. Todo ser humano, por el simple hecho de vivir, va permanentemente transformando su manera de estar y es irrealizable retornarlo a un estado anterior.

En algunos casos, para ciertas dolencias, esa determinación de alguien como *diferente* se hace notorio. Las personas afectadas de S.I.D.A., por ejemplo, se presentan a la comunidad como incurables. En otras épocas la lepra o las enfermedades de transmisión sexual aparecían con tal característica.

Todos los rótulos diagnósticos son absolutos. Producen una diferenciación substancial entre quiénes padecen “anomalías” y los que están libres de ellas. Enturbian enteramente a los seres que los portan, dejándolos *totalmente al margen* del resto de las instituciones que pueblan lo social.

Despojados de sí y ocultados como personas, algunos seres quedan incapacitados incluso para pedir y luchar por sus derechos como “enfermos”. Se agudiza el estado de incurabilidad.

Las caracterizaciones patológicas fijan la pertenencia de una persona a las instituciones sanitarias. Como todo rito - acto institucional – este sirve para instalar un particular estado de ser a un exclusivo modo de estar.

Y mientras las *declaraciones médicas-diagnósticas* establece estados de enfermedad, solo otro rito, una “alta médica”, puede volver ha instalar mágicamente a la persona en su comunidad en calidad de “sano”.

Como se ve, se da cabida a la magia aun en los ámbitos más científicos y hay muchos ejemplos que podrían mostrarnos como es intensamente utilizada. En otro capítulo ya hemos ahondado sobre este tema.

Siempre y simultáneamente con estas declaraciones institucionales, es necesario que exista una aceptación del mismo sufriente; un reconocimiento personal de salud o enfermedad. Es necesario este requisito para que la comunidad perciba eficaz el orden comunitario.

Admitiendo los designios de las instituciones rectoras, *reconociendo sometimiento* a las instituciones encargadas de mantenerle o modificarle el estado de ser en el mundo, se cierra el mecanismo instaurador de la “realidad”.

Nuestras organizaciones sanitarias disponen de numerosos medios coercitivos y ritos tendientes a producir transformaciones del ser. Pero para mal de ellas, requieren el reconocimiento - como enfermo - del propio afectado.

Para convalidarse alguien enfermo se exigen dos cosas: una actuación diferente a las demás personas, muestras de malestar o extrañeza del propio ser y estar dispuesto a pasar por dolorosos momentos instituidos a los fines de que se le restituya “la salud”.

Solo la presencia de estos dos elementos acreditará que una persona es enferma. Lo contrario sería *prueba* de salud. De rebelión.

Esto nos lleva a postular una paradoja: *es necesario enfermar a alguien para poder curarlo*.

Volviendo al tema de los enfermos alcohólicos, es innegable que considerándolos viciosos nunca podrían ser atendidos médicamente; ello solo será posible declarándolos enfermos y pasarlos como pertenencia a la población institucional sanitarizada.

Aunque hasta donde conocemos los tratamientos exitosos a personas alcohólicas no son realizados por médicos, es curioso como las personas en abstinencia o sobriedad, pertenecientes a grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) o Grupos Institucionales de Alcoholismo (G.I.A.), definen sus estados como *de enfermedad* incurable y no desean para nada perder ese status tan ligado a la medicina.

Creemos que es así, porque el rótulo marginante en el alcohólico es “vicioso” y solo gracias a aquella nueva caracterización pudieron entrar en un camino - el sanitario - que no solo les permitió arribar al estado de sobriedad, sino, sobre todo, a ser considerados personas. Ser miembros dignos de la comunidad médica.

El sometimiento al Poder médico, una manera tan enajenada de estar en el mundo como es prestarse a cualquier sometimiento, no les causa extrañeza ni repulsión. Porque declarándose enfermos encontraron refugio en esa institución. Un lugar desde donde pudieron iniciar su recuperación (cura) y su re inserción social, que, como se ve, coinciden. Aunque después deban ellos mismos buscar y encontrar la solución en tratamientos autogestivos

Todo sucedió como si los miembros de asociaciones de alcohólicos en vías de recuperación hubieran usado la medicina para ser *declarados* enfermos y así quedar “protegidos” de prejuicios marginantes.

Es sabido que A.A. no permite a nadie participar de sus reuniones curativas si no se ha declarado enfermo alcohólico. Pero en forma paralela, sin ese requisito, invitan a sus asambleas “abiertas” a cualquier miembro de la comunidad. Allí si, integran en paneles, charlas y/o conferencias organizadas con suma severidad, a médicos, psicólogos y otros profesionales del *arte de curar*.

Para nosotros esto les proporciona un beneficio definido: la comunidad ve al alcohólico como enfermo, avalando ese estado múltiples profesionales y/o personalidades respetadas. Aunque el tratamiento lo estén realizando ellos solos como “cosa” *no-médica*.

Hay una especie de engaño a esos técnicos de la salud, que se dejan embaucar de buen grado, agobiados por sus fracasos.

Los alcohólicos que se recuperan en grupos curativos autogestivos se burlan del rótulo de “enfermo” que pusieron a su estado de ser.

Fue en el tratamiento del alcoholismo con esta modalidad, donde vimos por primera vez como es posible realizar el abordaje de enfermedades a modo de “cosa” no-médica y por no-médicos.

## **7) Negación de la enfermedad**

Con los sufrientes mentales podría haber pasado lo mismo. Pero en el tratamiento del “loco” las cosas solo han sido “casi iguales”.

Como su rótulo marginante es “*peligroso*”, también ellos fueron declarados enfermos para ser protegidos dentro de una institución y ya hace mas de doscientos años que tienen acceso al sistema sanitario. Y como los alcohólicos, en todo este tiempo no encontraron solución a sus males.

Su presencia en el ámbito sanitario normatizado para atender afecciones corporales, predispuso la creación de espacios especiales para mantenerlos separados del resto de los enfermos. Esta separación nos la explicamos por la propia dinámica de las instituciones que no soportan dentro de sí personajes extrañamente categorizados.

Padeciendo espiritualmente, estuvieron asilados dos largos siglos en estructuras fundadas para curar cuerpos. Y los pocos, anómalos e imperfectos tratamientos que se le intentaron, terminaron por consolidar una popular creencia prejuiciosa: que no existe manera de corregir sus “anomalías” innatas e inmodificables.

El término “*peligrosidad*”, que suele adjudicarse a las situaciones, cosas o seres desconocidos, se enlazó al de “loco incurable”. Esta combinación de atributos negativos depositados sobre ellos, es ahora el principal obstáculo que encontramos al querer ayudarlos.

Lo que es característica común de “locos” y “borrachos”, son las dificultades que generan a las instituciones médicas por su supuesta “incurabilidad”. Y también se parecen en que las prácticas alternativas que se les ensayan - cuestionadoras del poder médico - alteran los ordenes de La Sanidad.

Pero la declaración de enfermedad mental es sistemáticamente resistida por el “loco”. A diferencia del “alcohólico en vías de recuperación” que para curarse rompe con su compulsión al “secreto” y se vuelve un *sincero* declarante de su enfermedad, el “loco”, aunque sufra, *sistemática y francamente* la niega. Ni duda, tiene certezas.

La solución al inconveniente de este no-reconocimiento de “enfermedad”, por el cuestionamiento al poder médico que conlleva, se terminó encontrando en el encierro.

Otra diferencia substancial la vemos marcada en la institución que subyace tras los rótulos que califican sus estados de ser: ser “*vicioso*” es un calificativo que emana y se sostiene con instituciones morales-religiosas, en tanto el calificativo “*peligroso*” surge de instituciones judiciales-policiales.

En la antigüedad, cuando la justicia y la salud eran administradas desde los templos, estos rótulos tendían a confundirse. Ahora, separados, arrastran distintos destinos.

Las instituciones religiosas occidentales, cristianas, sostienen la idea de una hermandad en el dolor, mientras las judiciales-policiales mantienen antiguos “códigos” del tipo “ojo por ojo y diente por diente”, de raigambre precristiana. Desde esta perspectiva, la posición social del “loco” es más complicada para su reinserción social.

### **8) Nuestros orígenes en el nuevo modelo de tratamiento**

En el año 1985 se conformó en Río Negro, para los Hospitales de su zona del Alto Valle, un equipo interdisciplinario que se denominó de *Intervención en Crisis*. Ese grupo tomó la tarea de intervenir al llamado de las Guardias Médicas y funcionó a manera de Guardia Pasiva.

Muchas de las ideas que ahora estamos llevando a cabo, derivan de experiencias curativas llevadas a cabo en ese tiempo en las Guardias de los Hospitales o, lo muy frecuente, en casas de los demandantes donde concurríamos todos: equipo técnico, sufriente, familiares y allegados.

Ese equipo se integró con los mismos técnicos que previamente habían trabajado en la reinserción social de internados en el Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Allen; experiencia sumamente provechosa a la hora de reemplazar modos de pensar asistenciales por curativos promocionales.

Concluido ese intento - que produjo una disminución de internados de larga estadía - se pidieron y obtuvieron ese trabajo desde donde pudieron continuar investigando y profundizando la desmanicomialización.

Fue significativo que ese equipo no contara con médicos. Sin duda muchos de nuestros compañeros médicos pudieron haber participado y llevado la experiencia a los mismos o mejores resultados; pero quiso el destino que fueran otros técnicos los que dieran ese ejemplo de desmedicalización a la comunidad hospitalaria. Se mostró que puede realizarse un trabajo renovador, desmanicomializador. Y sin la presencia de aquellas figura preponderante.

Exhibiendo a la comunidad, a los usuarios y a los hospitales, que durante los procesos de cura puede haber otro protagonismo - el del sufriente - y otras formas de atención diferente al encierro - la promoción, - se dieron los elementos substanciales para pensar la desmanicomialización como una desmedicalización.

Fue una experiencia de investigación, pero además de ese interés, el concreto propósito de la Jefatura del Programa Provincial de Salud Mental al fomentarla fue “detener” en las diferentes localidades del Alto Valle Rionegrino, las continuas derivaciones que se efectuaban al hospital psiquiátrico.

Nuestro razonamiento era el siguiente: si pudiéramos organizar la atención en los lugares donde se producían las crisis, detendríamos el aumento de la población de internados en la macroinstitución neuropsiquiatría.

Para alcanzar ese objetivo, era imprescindible transformar las prácticas de las mismas Guardias Hospitalarias, de sus Salas, de sus consultorios y concretamente, de los mismo Hospitales Generales que derivaban “locos”.

### **9) Nuevas formas terapéuticas.**

Lo que ahora llamamos Intervenciones en Crisis - en guardias médicas, en domicilios particulares o en cualquier otro espacio de la comunidad - comenzamos a implementarlas como un intento de solución al problema de las internaciones prolongadas y como una repuesta alternativa al concepto de *Centros de Mayor Complejidad* que, para la atención de sufrientes mentales, no debería existir.

Incluso de manera ingenua y hasta graciosamente, propusimos limitar el tiempo máximo de internación en los hospitales con 72 horas. Actualmente la duración de una internación la fija el equipo según el cuadro doloroso y la estrategia terapéutica diseñada, pero en aquellos tiempos era tan acuciante el problema de las “reclusiones a perpetuidad” y tanta el ansia de “saltar” el problema y “deshacer” el sistema reclutorio, que se intentaron este tipo de disposiciones compulsivas. Medidas de este tipo pueden parecer graciosas, pero en aquellos días fueron consideradas con la mayor seriedad.

Desde entonces la internación, cuando hizo falta, fue para nosotros solo un momento del *tratamiento en pos de la reinserción social* y de ningún

modo *El tratamiento*. En Río Negro hay instituciones que internan sufrientes mentales, pero ya no hay mas *Instituciones de Internación*.

Coherentes con la idea de Ser Humano como Ser Situado, decidimos iniciar un tipo de atención en el contexto habitual de los demandantes. Donde emergen comprensibles las conductas. Comenzamos a desentrañar la génesis del dolor escuchándolos *en el lugar de su cotidianeidad* y operando procesos de resignificación situacional al que llamamos tratamiento.

Intervención en crisis, como así también reinserción social, son los nombres altisonantes que dimos a dos aspectos del proceso de ayuda. Suele suponerse que primero se opera en crisis y luego se trabaja para la reinserción social, pero no es tan lineal la práctica.

Siendo el ser humano un “ser de crisis”, permanentemente, durante los largos periodos de ayuda a los sufrientes, oficiamos sobre su desequilibrio. Pero por ser la reinserción social nuestra finalidad terapéutica, ya desde un primer encuentro nos dirigimos ha ese objetivo.

Cuando se interviene en crisis, lo característico y dominante es el alto montante de ansiedad que impregna esas situaciones y hace difícil razonar y controlarse. Por lo tanto, el primer objetivo del programa de desmanicomialización fue capacitar a las Guardias Generales de los Hospitales para que sepan “*congelar el cuadro*”.

Ese “congelamiento”, se alcanza la mayoría de las veces con la simple sedación de la persona afectada y el ofrecimiento de un tiempo y espacio para descansar.

Pero aun en el lapso que al sufriente se lo mantiene dormido - si no fue posible dar otra solución - se debe avanzar con los acompañantes, familiares y amigos en la tarea de desentrañar la trama de hechos y situaciones que motivó un estado doloroso.

Ya durante esos primeros quehaceres es necesario maniobrar contra el mito de la locura “*peligrosa*”. Ese prejuicio opera permanentemente contra cualquier propuesta de establecer compromisos en familiares o amigos.

Toda “*crisis*” señala la presencia de mecanismos de exclusión comunitaria. Y solo interviniendo adecuadamente podremos anular o corregir su destino.

Estamos obligados ha intervenir sobre grupos familiares, congregación de trabajadores, comunidades y en cualesquier sistema humano que de pertenencia, a los fines de resguardar lugares vitales, derechos y condiciones de satisfacer necesidades.

El Modo Curativo Promocional ayuda al sufriente para que conserve cosas simples pero esenciales: una pieza que si le faltara lo dejaría, literalmente, en la calle; su cama para dormir o su banco en la escuela, para que al finalizar el tratamiento pueda reencontrarse con sus compañeros de estudio; su lugar en la mesa familiar, etc., etc..

*Sostener una identidad afectada requiere cuidar su lugar en el mundo.*

El proyecto de Salud Mental Rionegrino ha adoptado un sistema de guardias pasivas de profesionales psicólogos y psiquiatras a los fines de dar apoyo a las Guardias Médicas Generales. Este sistema, funcionando de manera análoga a la que empezamos a experimentar en 1985, funciona adecuadamente siempre y cuando “la pasiva”, con sus intervenciones, *no* reemplace al equipo de guardia.

El profesional o técnico de Salud Mental que es llamado a la Guardia de nuestros Hospitales, debe comportarse como simple colaborador del equipo de médicos y enfermeros allí presente. Con esa actitud, evitan un posible acto manicomial de las guardias: no considerar al “loco” un enfermo más. Concordante con este principio, se ha declarado a Salud Mental 5ª Clínica Básica.

Asimismo, quien es convocado debe evitar ser reemplazante del grupo primario del afectado, familiares, amigos, etc., que naturalmente contienen y resuelven las crisis del doliente. En este sentido, también se ofrecen a los acompañantes como colaboradores, evitando que se pierdan durante esos críticos momentos los naturales continentes y referentes de identidad.

Pasado el momento de estas primeras actuaciones institucionales, atención de crisis en las guardias médicas, sin ruptura de continuidad se continúa asistiendo en lo que damos a llamar *Tratamiento en la Vida Cotidiana*.

En este otro lugar curativo se sigue ayudando para mantener activo el procedimiento de resignificar el estar en el mundo. Para *hacer y hacernos* en el curarnos. Hacer la salud, hacernos persona.

Los tratamientos con M.C.P. tienen características propias.

Primero, el trato persona a persona. Ya mencionamos que una primera norma autoimpuesta, nos exige referirnos a los usuarios por sus nombres propios. Y aun cuando debemos mencionar sus “cuadros” dolientes con términos técnicos, tratamos de no generar innominados.

Un rasgo notable resalta al comparar el funcionamiento de las instituciones sanitarias que trabajan con este Modo y las tradicionales. Aquellas muestran entusiasmo. “Mística”. Mientras las segundas, parecen estar orientadas para fracasar en la cura del sufriente mental. Como siempre han sido inadecuadas para resolver los problemas que entraña la locura, se les nota opresión.

Otra característica sobresaliente radica en que nuestros tratamientos deben operar instrumentos para todos los “niveles de manifestación” del fenómeno humano. Tratamos de no medicalizar los problemas de la vida cotidiana desplegando instrumentos grupales, institucionales y comunitarios.

Por último, se nota inmediatamente que este tipo de trabajo en Salud Mental es una práctica de doble faz. Por un lado es una ayuda consistente en

renormatizar el estar de aquellos que nos demandan con su dolor. Pero es también una renormatización de los sistemas desde los que operamos y que en mayor o menor medida entran en crisis ante la tarea, rompiendo su equilibrio.

### **10) Interdisciplina**

*No solo con el saber de las organizaciones medicas sino con cualquier saber organizado es posible trabajar para la Salud Mental.*

Hemos planteado la locura como un camino de vida doloroso e invitamos a la integración de disciplinas en el acompañamiento asistencial e investigativo de esta problemática humana.

Porque no hay un hacer que no presuponga un *saber hacer*.

Durante el dictado de cursos de capacitación en Salud Mental para buena parte del personal de los Hospitales Públicos de la Provincia de Río Negro - personal de Guardias Médicas, de Salas de internación, etc. - aprendimos una manera de ordenarnos metódicamente, una manera de armonizar conocimientos. Esa manera de conjugar maneras de saber-hacer, la aplicamos luego al logro de nuestros objetivos de reinserción social. Aprendimos el trabajo interdisciplinario.

Como no teníamos un modelo a copiar, ni muchos maestros a quienes escuchar y repetir, dentro de nuestra soledad debimos ir levantando un propio saber-hacer. En los llamados “Cursos de Capacitación para trabajar en Salud Mental” empezamos a trazar, con el saber de todos, el camino de una nueva práctica.

A nuestro trabajo sanitario psicosocial concreto, podemos definirlo así: ante situaciones donde impera el dolor; “hacemos” cosas para transformarlas.

Pero para poseer competencia sobre las relaciones humanas desplegadas en la cotidianeidad, debimos ir ganando paso a paso, erudición.

Es el trabajo interdisciplinario la construcción de un “*saber hacer*”.

El saber del propio sufriente, que ha resultado insuficiente para permitirle superar un estado doloroso, debe integrarse, en una síntesis superadora, al saber médico, psicológico, de las ciencias sociales, etc.

No concebimos la interdisciplina como una disciplina mas, creada con disciplinas auxiliares, sino una manera de sentar un saber-hacer que activará los diferentes conocimientos intervinientes. Por esto, la interdisciplina supone, permite y fomenta, el acercamiento de sectores tradicionalmente aislados unos de otros.

No obstante, aún la especificidad profesional que tanto preocupa a los técnicos Psi. cuando se los “invita” a nuestro proyecto, tiene su lugar.

El Modo Curativo, trabajo interdisciplinario, acepta la especificidad disciplinaria en el momento de programar las tareas promocionales. En esa oportunidad de preacción, todos los involucrados aportan su particular saber. Luego si, deviene el momento de operativizar lo diseñado, el momento de *síntesis*: cuando lo epistemológicamente diverso se funde en el instante concreto de la práctica.

En esta segunda etapa ya hay una pérdida de especificidad y no encontramos actos médicos o de psicólogos, sino acciones del equipo; simples emergencias de un grupo interesado en ayudar.

*La especificidad disciplinaria*, técnica-profesional, de cada integrante del equipo durante la programación de tareas y la posterior *inespecificidad ejecutiva*, es la más importante y a la vez más cuestionada característica del Modo Rionegrino de Trabajo en Salud Mental.

Los tratamientos en la vida cotidiana, por las características relatada de su preparación y el trato de persona a persona que exige su ejecución, se diferencian taxativamente de los tradicionales.

En los inicios de nuestra experiencia desmanicomializadora, realizábamos el trabajo de reflexión, programación, ratificación y rectificación, de manera casi intuitiva; formalizábamos encuentros mientras desayunábamos o, por ejemplo, dentro de automóviles al trasladarnos de una a otra localidad.

Actualmente operamos con formalidad dentro del método *reflexión-acción*: nos reunimos diariamente para disponer las actividades y estimar los procesos curativos que estemos llevando a cabo.

En estos trabajos tratamos que también el principal protagonista sea el sufriente, ya que, propiamente hablando, cualquier tratamiento promocional debe considerarse un tratamiento autogestivo.

Con el cúmulo de saberes adquiridos, los sufrientes planifican y ejecutan, acompañados por un equipo técnico, sus propias curas: resignifican sus situaciones dolorosas.

## **11) Intersectorialidad**

En la búsqueda de soluciones a los problemas del hombre, la intersectorialidad estuvo presente desde la más remota antigüedad.

Tratemos de ponernos en el lugar de un hombre “primitivo” queriendo explicar un dolor en su cuerpo. Seguramente expresó que tenía un “daño”, enunciado semejante a lo que dicen actualmente muchos miembros de nuestras comunidades.

¿En que se diferencian estas dos expresiones separadas por el tiempo?

La noción de daño, como cualquier otra explicativa, es una opinión creada, acorde a la época y a sus instituciones. Lo que signifique “daño”, estará impregnado de sentidos – científicos, mágicos o religiosos - extraídos de las instituciones que normatizan el diario vivir del que la pronuncia. Cualquier “noción”, condensa significados con diversos valores, extraídos de diversas instituciones de una comunidad, del pasado y del presente. Cualquier idea es un producto colectivo e intersectorial.

La experiencia desde la cual hemos gestado varios de los conceptos que exponemos en este apartado, fue el trabajo en el Instituto Nuestra Casa. Este Centro Comunitario se creó a través de un convenio entre el Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro, la Dirección Provincial de Promoción Familiar y la Municipalidad de General Roca. Cada uno de ellos comprometió diferentes recursos para el proyecto intersectorial de Salud Mental.

La intersectorialidad nos enfrentó al problema de como compatibilizar los diferentes fines de las instituciones intervinientes en un proyecto común. Como es sabido, cada sector es una fuente de Poder que intenta imponer sus categorizaciones para transformar - producir - la realidad social según propios parámetros.

Para poder efectuar intercambios que satisfagan sus necesidades, las personas han creado diversos espacios comunitarios. Los diferentes fines institucionales que disfrutamos (sanitarios, educativos, etc.), expresan el efectivo influjo de ellos.

Pero si bien es cierto que cada organización posee móviles específicos, también lo es que en todas se persiguen otros de índole no prioritaria.

Cada institución esta compenetrada por las otras en mayor o menor medida. Y para permitir que se alcancen dentro de ella esos otros “fines paralelos”, debe renormatizar permanentemente su espacio de intercambio. Esto las trastoca.

Con normas, criterios y procedimientos congruentes al logro de fines específicos de otras instituciones, se crean las condiciones de posibilidad para producir intercambios de otros ordenes. Con ellos se permite llegar a resultados que podríamos denominar “secundarios”.

Pero estas nuevas delimitaciones redistribuyen el Poder.

Por ejemplo: un partido de fútbol organizado en un hospital puede tener como titular del equipo al peón de mantenimiento y como suplente al médico cirujano. Cambian los liderazgos cuando varían los fines a lograr entre personas reunidas para intercambiar; es decir, al variar la institución rectora del sitio en que nos movemos.

En las Organizaciones sociales cambia la depositación del Poder cuando sé renormatiza un espacio de interacción.

Nadie quiere cambiar un espacio donde detenta “mucho” Poder, ni que sé renormaticen las situaciones en que lo obtiene. Contrariamente, todos

tratamos de redefinir las nuevas situaciones buscando posicionamientos ventajosos. Vivimos socialmente impelidos a ganar lugares de influencia y a ser conservadores de nuestros lugares de privilegio.

En las organizaciones mayores como hospitales, escuelas, etc., a veces tienden a afirmarse como permanentes estos otros sitios de intercambio donde imperan móviles, motivos o intereses, *paralelos* al de la institución base. Y se crean problemas.

Es a causa de ese entramado de fines y espacios de Poder y por la tendencia hegemónica de todas las instituciones entrelazadas, que las organizaciones más importantes de nuestra sociedad suelen aparecer caóticas, conflictivas y erráticas.

Ya hemos dicho que *cada encuentro interpersonal es un encuentro comunitario*. Cuando nos acercamos a cualquier persona, en cuanto representante institucional, nos estamos acercando a una “*unidad instaurante*” de tal o cual realidad. Y la realidad sobre la que desenvolvemos nuestras acciones sociales, *totalmente creada*, posee el valor que le hayamos atribuido en los diferentes “cruces” cotidianos.

Pero en algunos encuentros de trabajo con representantes de instituciones no sanitarias, vimos con sorpresa que porfiaban por encasillar sus problemas *como médicos*. Los explicaban dificultosamente con ideas, conceptos o representaciones orientadoras, derivadas de nuestras prácticas y no de las de ellos.

Y observándonos, vimos que también nosotros solíamos entender algunos problemas desde la perspectiva de otros sectores, por ejemplo desde el educativo al explicar disfunciones conductuales como trastornos de aprendizaje, o desde el económico al tratar de explicar el funcionamiento psíquico como una “economía” de recursos mentales.

No es malo usar analogías para explicar sucesos, solo comparando entendemos, siempre que no entremos a confundir “las cosas” con sus alusiones.

Todo concepto usado analógicamente es un elemento adquirido en algún proceso de intercambio, creado en “lejanos” complejos fenoménicos. El uso abusivo de ellos, por lo tanto, puede oscurecer en vez de iluminar un campo de experiencia investigativa. Puede llevarnos a distantes sucesos y desarrollos que nada tiene que ver con la situación a estudiar y corregir.

Aunque todo el lenguaje es una alusión, en lo posible una práctica merece ser explicada a partir de conceptos derivados de sus propias experiencias.

*Por último, el trabajo intersectorial impide que se rotule a las personas.*

Así como los conceptos - nuestros principales bienes - suelen ser productos intersectoriales, el “rótulo”, calificativo negativo, es meramente

un préstamo conceptual de otra institución, cómplice en los procesos de marginación

Con la intersectorialidad nos permitimos salvarnos de las caracterizaciones rotulante de un sector que, operando hegemónicamente, oculte otras expresiones del ser humano.

Cuando nos obligamos a la atención de personas en su cotidianeidad y sobre todas sus manifestaciones, y nos prohibimos depositarles categorías que puedan darnos “propiedad” sobre ella - en cuanto “objeto” de estudio y de práctica exclusiva – eludimos la tendencia a marginar.

## **12) Nueva práctica sanitaria**

*Debemos pasar del acto médico al acto sanitario.*

El rito fundante de un momento exclusivo para una relación médico-paciente deberá convertirse en otro rito, pero fundante de una relación persona-persona.

Este enunciado de trabajo en Salud Mental, por ser trascendente a las prácticas médicas, exige para su implementación la extensión del concepto de hospital. Llevarlo mas allá de sus paredes.

Además del lugar se transforma el tiempo. Las prácticas sanitarias dejarán de ser prácticas realizadas en momentos acotados para ser prácticas habituales y cotidianas.

Puede instaurarse la *Salud*, esa manera de estar en el mundo, con acciones cotidianas y en la vida cotidiana. Alcanzar resultados, instituyendo condiciones de vida gratificantes a nuestra naturaleza humana en cualquier tiempo y lugar.

Como síntesis y a manera de cierre de este capítulo, se mostrará algunas características del nuevo Modo de Trabajo Rionegrino, comparándolo con aquel otro, tradicional, del que queremos salirnos para destrabar la situación de marginalidad de tantos sufrientes mentales considerandos “casos sociales” o *problemas de otros*.

**Modelo Asistencial Tradicional.**

Se trabaja predominantemente en la interioridad de las instituciones, considerando a estas como sus paredes. Si llegado el caso se necesitara trabajar con personas ajenas a la institución, se sanitiza el encuentro en el sentido de psicologizarlo o medicalizarlo.

Se trabaja con enfoques individuales o a lo sumo grupales, con desarrollos orgánicos, psíquicos o sociológicos. No produce entre ellos ningún nivel de integración.

Tiene por finalidad producir transformaciones biológicas, psíquicas o sociales en un "cuerpo" específico: anatómico, erógeno, social, etc..

Trabaja con métodos diversos pero raramente somete a prueba sus resultados o sus prácticas. Estas son ratificadas o rectificadas en *otros lugares*; por ejemplo en los laboratorios para los psicofármacos o en las teorías psicológicas para las interpretaciones.

El saber-hacer la terapia ya está construido. Solo debe repetirse un camino técnico. Se trabaja de manera disciplinaria desde el supuesto comunitario de que el experto debe saber lo que realizará al iniciar una práctica.

Se trabaja en la reparación de "daños" físicos, psíquicos o sociales.

Sus técnicas son diversas: mecánicas, químicas, de asociación libre, encuestas.

El operador de las terapias es el experto y no se incluye al sufriente.

Los recursos terapéuticos que utiliza son limitados, privilegiándose el consumo de psicofármacos y las psicoterapias. Solo lo científicamente aprobado como reparador de daños será considerado recurso terapéutico.

El lugar preferido para operar las

**Modelo Curativo Promocional.**

Se trabaja en el ámbito comunitario, o sea, en el espacio interinstitucional. Se atiende en cualquier institución que demande en encuentros intersectoriales. Trata de no sanitizar los encuentros.

Se trabaja con un enfoque comunitario, esto es, se hacen análisis de los factores de Poder intervinientes que determinan la marginalidad del demandante.

Tiene por finalidad la reinscripción social en cada una de las acciones que encare.

Trabaja con el Método de reflexión - acción, poniendo sus prácticas en examen cada día a los fines de ratificar o rectificar las estrategias terapéuticas.

Se construye el saber - hacer las curas de manera interdisciplinaria, como parte de una rutina técnica. Se inician los trabajos desde un desconocimiento de aquello que servirá para suprimir el dolor del demandante.

Se trabaja en la defensa de derechos y en la satisfacción de necesidades.

Su técnica operativa tiende a la resignificación situacional del demandante.

El operador de las curas es el equipo de Salud Mental que incluye al sufriente

El principal recurso curativo es el trabajo, dentro de una infinita variedad que extrae de todas las situaciones de la cotidianidad.

El lugar preferido para operar las curas

terapias será el consultorio o las salas de internación. será la vida cotidiana.

La tarea terapéutica se plantea a partir de una situación que contemple todos los recursos necesarios. Es parte de las tareas curativas generar los recursos necesarios para operar sobre los estados de dolor, necesidad y falta de derechos

Se privilegia la asistencia al otro. Se privilegia la autogestión curativa.

Se realizan los tratamientos durante un turno. Este se diferencia, por su normatización, del vivir cotidiano. El tiempo de la cura no es acotado.

El primer paso de un tratamiento consiste en rotular al demandante de enfermo. Para curar se apela a la desrotulación de los demandantes, no se los rotula de enfermos.