

2015

Hospital de Área

El Bolsón

Di Chiara, Mariano.

López, Jimena.

Lucarella, Felipe.

[¡PARA! ¿ANDARÁ ALGÚN LOCO POR ACÁ?]

Relato de Experiencia. Usuarios del Servicio de Salud Mental en el Balneario “El Cóndor”.

Área Clínica. Proceso de atención-producción de cuidados.

E-mail: dichiara.mariano@gmail.com

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.

- Introducción o “prueba piloto”.

- Estaría bueno salir este año con los usuarios de vacaciones.
- Sí, a la playa estaría muy bueno.
- Hace como 20 años hicimos un viaje al Cóndor, cerca de Viedma, fuimos como 15.
- Muy bueno, podríamos proponerlo y ver quién se prende.

Este fragmento de dialogo, camino al hogar de transito y por Octubre, entre una de las operadoras y uno de los residentes del servicio de Salud Mental, fue el que de alguna manera dio inicio a la experiencia que describiremos a continuación.

La idea en principio parecía ambiciosa, ¿Quiénes vamos? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo? ¿Por qué? etc. Muchas preguntas sin tantas respuestas. Comenzamos, como siempre, por el principio: hablando, planteando, discutiendo, proponiendo; primero entre residentes y luego con el equipo. Se decidió a forma de “prueba piloto”, si se quiere, programar con los usuarios una choripaneada en Lago Puelo, una “salida recreativa” entre usuarios y profesionales como para ver qué pasaba.

Es importante mencionar que paralelamente y desde los integrantes del taller de pileta, uno de los talleres del servicio de Salud Mental, empezó a surgir la idea de realizar una salida al lago para poder nadar en aguas abiertas. También desde la residencia y de los operadores en el hogar de transito, la de poder hacer una salida para festejar el fin de año. De esta forma se concreto la salida a Lago Puelo donde se hizo la choripaneada con algunos de los integrantes del servicio y con alrededor de 10 usuarios.

La propuesta de esta primer “salida recreativa” del año, para implicar a los usuarios (más allá de la comida y el festejo), fue transmitir la idea de que cada uno (usuarios y profesionales) debían hacerse cargo de aportar un monto de dinero para comprar la comida, bebida, realizar las compras y sacar el pasaje en colectivo, o en caso del que no pudiese, de poder llevar algo para compartir, así se fomentaría el compromiso, la autonomía y la toma de decisiones.

La salida se concretó a principios de diciembre dejando resultados totalmente positivos y dejando asentado un precedente cercano en el tiempo para comenzar a planificar la salida al Balneario “El Cóndor”.

- Planteo de Objetivos.

- Descontextualizar la clínica desde una práctica inclusiva.
- Promover la autonomía de los usuarios del servicio.
- Reposicionamiento subjetivo a partir de un nuevo contexto.
- Fomentar la apertura de vínculos y reforzar la dinámica comunicacional-vincular a nivel grupal.
- “Ocio Recreativo” como práctica de Inclusión Social.
- Trasmitir la experiencia para fomentar la desestigmatización social del “Loco como Peligroso”.

- Marco teórico.

Por qué y para qué hacemos lo que hacemos son preguntas que con frecuencia surgen cuando uno trabaja en post de la desmanicomialización. La locura como bien hacemos referencia más adelante, atravesó durante la historia del hombre varias etapas, y es en la actualidad que vinculada con las cuestiones legales y constitucionales hace surgir un nuevo pensar conjuntamente a un actuar. Para introducir al lector en los motivos de nuestro viaje nos parece necesario exponer la ideología que intentamos sostener y el modo de hacer que nos caracteriza. Es así que comenzaremos a hablar de que es y que no es la desmanicomialización.

Presentar ante un público que desconoce los lineamientos que sostiene la desmanicomialización, genera en más de una ocasión distintos pensamientos. Antes que nada remarcamos que desmanicomializar no es cerrar el Hospital Público; no es dejar en la calle a las personas internadas; no es dejar a los trabajadores de la salud sin sus puestos de trabajo; no es privatizar la atención de la salud pública; no es sobre medicar; no es encerrar; no es segregar; no es ejercer violencia física, psíquica ni química; no es depositar a las personas; no es abandonar ni desamparar; no es judicializar la internación. Desmanicomializar es: *dignificar* la atención de la salud mental; es *transformar* el vínculo entre el profesional y la persona internada; es *implementar* internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental; es *dignificar* el trabajo de todos los trabajadores del hospital; es *procurar* la atención ambulatoria, domiciliaria; es *recuperar* los lazos familiares y sociales de los internados; es *garantizar* la vivienda (propia y/o familiar o a través de hogares sustitutos, casas de medio camino, cooperativas de viviendas u otras alternativas, etcétera); es *promover* el trabajo de los internados (mantenimiento de la relación laboral; creación de cooperativas, bolsas de trabajo, micro emprendimientos y otros); es *mejorar* la utilización y distribución de los recursos económicos; es *brindar* más información, apoyo y contención a las familias; es *convertir* el “manicomio” en un Hospital

General con un área de Salud Mental; es *buscar* nuevas alternativas de tratamiento; es *ejercer* el derecho a consensuar un tratamiento adecuado.

La desmanicomialización no es solo una cuestión sanitaria sino que también abarca un amplio marco legal. Las políticas de salud surgen muchas veces desde lo legislativo y es así que el estado organiza y dispone los recursos necesarios para determinada política. En los últimos años, en Argentina fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, donde en su artículo primero expresa: *“La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”*¹.

Así mismo en el artículo decimoprimeros se menciona: *“La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas”*².

Dentro de la Provincia de Río Negro la historia comenzó unas décadas antes. Con el surgimiento de la Ley Provincial de Salud Mental 2440 que en su artículo primero *“La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental. Los establecimientos públicos y privados, los profesionales en el ejercicio privado de las ciencias de la salud relacionadas con la atención y tratamiento de las personas con sufrimiento mental, deben cumplimentar el régimen establecido en la presente. Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente Ley. La internación se*

¹ Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Artículo primero.

² Ídem. Artículo decimoprimeros.

concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, proceder con el objeto de lograr la mas pronta recuperación y resocialización de la persona, debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible. La internación implicara que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía. La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden”³.

Previa y simultáneamente a las modificaciones legales que fueron necesarias para que desde la provincia de Río Negro, y actualmente desde todo el país, se empiece a pensar y a trabajar de un modo diferente, se comienzan a desarrollar nuevas formas de abordaje donde la inclusión social y la autosuficiencia del paciente son el objetivo a seguir, siempre teniendo en cuenta las condiciones que cada persona en particular presenta, siendo su cultura, sus vínculos, sus modos particulares, determinantes fundamentales de este mismo.

José Schiappa Pietra introduce en uno de sus libros (“Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión Social”) esta idea de *Buscar otro modo de hacer* en la práctica clínica. *“Digámoslo claramente: para poder hacer las cosas del modo que llamamos salud mental comunitaria, se requiere un replanteo técnico y nuevos instrumentos. Solo con ello se podrá superar lo hecho hasta ahora para ayudar a los sufrientes mentales a su integración social. Hay que imponer un enfoque comunitario en los tratamientos, lo que conlleva abordar fines ajenos a la clínica tradicional, la que de todos modos siempre deberá auxiliar el trabajo de inclusión social.*

No creemos que sea aconsejable seguir haciendo tratamientos tendiendo a esa inclusión dentro de las paredes de instituciones que funcionan con costumbres establecidas para atender gente que solicita ayuda por dolores físicos. Las problemáticas que abordamos poseen una superlativa complejidad socio-cultural y los ambientes y entornos de las organizaciones tradicionales de salud ofrecen resistencia a precisos trabajos, los que se requiere para la reinserción social de sufrientes mentales a sus comunidades.

³ Ley Provincial de Salud Mental 2440. Artículo primero.

*No debemos limitarnos al uso de técnicas psicoterapéuticas hechas para prácticas individuales y reparativas, casi todas basadas en la introspección, con severa atención a la subjetividad pero desatendiendo la sociabilidad. Y mucho menos quedarnos en una bio-psiquiatría que a pesar de todos sus adelantes, extraordinarios puede decirse si se quiere, aun no encontró el recurso químico capaz de vencer las resistencias sociales a la integración del declarado loco*⁴.

¿Qué hacer entonces? El servicio de Salud Mental del Hospital de Área del Bolsón cuenta con talleres tales como huerta, pileta, dramatización y poesía, una empresa social y un programa de radio que se sostiene conjuntamente con un taller. Dentro de todo esto se puede visualizar esta nueva modalidad de clínica, que obviamente como dice Schiappa Pietra, no excluye la psicoterapia clásica ni la psicofarmacología cuando son necesarias, sino que se compensan mutuamente y son el pilar externo del hospital que ayuda a sostener la inserción social, la autosuficiencia, el desarrollo y promoción de la salud desde los varios aspectos que la integran.

Fue así que este viaje prosigue con el linaje de actividades que realizamos diariamente en el servicio y que observamos cómo, a veces más, a veces menos, ayudan a los sufrientes mentales a aliviar mucho su padecimiento, y a la comunidad a poder entrar en conciencia de lo que realmente es ser un usuario de salud mental, dejando de lado los miedos, las fantasías y viejas concepciones, para llegar a la simple lógica de que todos somos parte de lo mismo, cada uno con sus pequeñas y grandes diferencias del resto.

¿Qué es la reinserción social? Reinsertar es la acción de volver a formar parte de un conjunto o grupo que, por algún motivo, se había abandonado. El adjetivo social está vinculado a la sociedad (el conjunto de seres humanos que comparten cultura e historia). La idea de reinserción social hace mención a volver a incluir en la comunidad a un individuo que, por algún motivo, quedó marginado. El concepto suele utilizarse para nombrar a los esfuerzos por lograr que las personas que están afuera del sistema social, puedan reingresar.

En este sentido, hay que decir que se entiende a la sociedad como un sistema que brinda cobijo y contención a sus integrantes. Las personas que forman parte de una sociedad tienen acceso a ciertos servicios básicos que el estado debe garantizar y que son indispensables para llevar una vida digna: salud, educación, trabajo, etc. Los individuos que no tienen acceso a estos servicios, por lo tanto, están marginados de la sociedad. Los programas de inserción social apuntan a lograr que las personas que están alejadas de la contención social, sean incluidas.

⁴ Schiappa Pietra José. *“Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión Social”*. Publifadecs. General Roca, Río Negro, Argentina. 2012.

Momento descriptivo.

- La planificación.

A partir de los resultados positivos de la salida al Lago Puelo, comenzaron las tratativas para el viaje al Balneario El Cóndor. Los buenos recuerdos de una experiencia realizada 18 años atrás, sirvieron de puntapié para volver a gestionar un viaje al mismo lugar.

Con la colaboración de Viví, secretaria del servicio, se comenzó a planificar y a gestionar el viaje con la mayor cantidad de recursos con los que contábamos. La Secretaria de Deportes de la Provincia de Rio Negro posee un predio en el balneario, a partir de un pedido formal y varios mails de por medio, nos otorgaron el alojamiento, con 3 departamentos con capacidad de 8 personas cada uno, eso nos daba un total de 24 lugares para el viaje.

Así empezaron a surgir nombres en las reuniones de equipo, de a poco se fue armando el grupo para completar el cupo con la idea de invitar a la mayor cantidad posible y priorizando los usuarios que estuvieran participando de los dispositivos y talleres (empresa social, pileta, huerta, “la barca”, radio).

Luego de la propuesta a los usuarios se realizaron tres reuniones antes de partir. En la primera, y luego de la convocatoria inicial, se planteo la propuesta, se brindó información sobre el viaje y se evaluó sobre las ganas de realizar el mismo. En la segunda, con los usuarios que estaban dispuestos, que querían realizar el viaje, se comenzó a trabajar sobre la dinámica grupal y la responsabilidad en el mismo (“nuestra” gestión ya estaba hecha, ahora dependía de todos). Finalmente, con el grupo ya formado, se trabajo para comenzar a solucionar cuestiones prácticas: el dinero para el viaje, la dificultad para conseguir los pasajes⁵, papeles que pedían desde el complejo en el balneario. La idea, siempre con el apoyo de los profesionales, era que cada integrante pueda ir solucionando estas cuestiones, que el grupo pueda ir solucionándolas.

⁵ Esta cuestión merecería un párrafo aparte principalmente por dos motivos. En principio la utilización del “certificado de discapacidad” para poder viajar suena contradictorio con el lineamiento de esta presentación, ya que “discapacidad” implicaría por un lado, justamente, una falta de capacidad, un reconocimiento de imposibilidad; pero por el otro, y teniendo en cuenta que los usuarios del servicio que realizaron el viaje, por el padecimiento que genera la enfermedad mental, no cuentan con un trabajo estable (más allá de la empresa social que se maneja desde el servicio) como para poder costear el viaje (que de la forma más económica, un colectivo y un tren de ida y vuelta, 20 horas de ida y otras 20 de vuelta, dan la suma de \$1200). La otra cuestión que mencionaremos brevemente, es la negativa o las “trabas” de las empresas de transporte, que sea por desconocimiento o por el interés exclusivo en lo económico, y por fuera del marco legal, generan situaciones que hacen dificultosa la planificación y gestión del viaje.

Finalmente, y después de algunas bajas y otras altas que se fueron dando a lo largo de estas reuniones, terminamos con un grupo de 12 usuarios del servicio y 6 profesionales (2 psicólogos de planta, 1 operadora de Salud Mental, 2 residentes de Salud Mental Comunitaria, y 1 residente de Medicina General). Esta última fue integrada luego de algunas charlas en las reuniones donde nos pareció importante seguir fomentando el trabajo interdisciplinario entre las dos residencias y además por el hecho de poder atravesar una experiencia de este tipo, donde el enriquecimiento vivencial aporta muchísimo a cualquier tipo de formación en salud.

El alojamiento ya estaba, el grupo ya estaba formado, ahora solo faltaba organizar los pasajes y la alimentación. Ya mencionamos sobre la dificultad que muchas veces se le presenta a las personas con discapacidad para poder hacer valer sus derechos y poder viajar con el “certificado de discapacidad”, cuestión que aumenta mucho más cuando son grupos grandes, como en este caso. Decidimos hacer el viaje en tren por varios puntos, uno de ellos era el hecho de que no es un medio muy común en el cual uno se mueve, y nos parecía una travesía y una aventura para todos poder hacerlo de este modo (muchos de los que viajábamos nunca habíamos tenido la posibilidad de viajar en tren). Para tramitar los pasajes tuvimos que superar algunos obstáculos pero luego de algunas conversaciones amenas, las empresas tuvieron que acceder, como era debido, a otorgarnos los 18 pasajes para viajar en colectivo de El Bolsón a Bariloche y en tren de Bariloche a Viedma.

Los pasajes ya estaban, solo faltaba el cómo organizar la comida para el viaje y de donde saldría el dinero. La gran mayoría de los usuarios que viajaban cobran una pensión o disponían de un sueldo o algún dinero para poder pagar un monto por el viaje, lo que nos parecía muy importante ya que uno de los puntos a trabajar con esta salida era el de el auto-valimiento y la auto-suficiencia. Es por esto que hicimos cuentas y decidimos que cada uno debía aportar \$500 para un pozo común de donde se costearían todas las necesidades grupales, y se fijó que los gustos que quiera darse cada uno deberían pagarlos aparte. Si el tema económico era el único impedimento para que un usuario no pueda viajar nos dispusimos a hablar la situación y resolverlo de algún modo. Esto solo sucedió con una usuaria que no cobra pensión, pero que al vivir en el hogar de tránsito, pudo colaborar con los alimentos del mismo para cubrir sus gastos.

El 8 de marzo, desde las 7 de la mañana, el grupo empezó a juntarse en la terminal de El Bolsón para emprender el viaje “al Cóndor”. Este duraría una semana.

- El Viaje.

Si quisiéramos poner todo lo vivido en el viaje creemos que no nos alcanzaría el tiempo ni las palabras para expresarnos. Cada uno de los que participó del viaje tenía una cierta relación con el otro, pero generalmente a partir de una actividad particular o del hecho de compartir pequeños espacios y encuentros. La convivencia era un punto que quedaba inconcluso, y el día a día era una aventura, ¿qué hacer, a dónde ir, con qué divertirse, ir a la playa o no, dormir la siesta o salir a caminar, con quién hablar, de qué hablar? Estas y muchas cosas más eran las que transcurrían en ese espacio grande, pero de un pueblo pequeño como es El Cóndor.

El Balneario El Cóndor es una pequeña localidad que depende y está ubicada a 30km de la ciudad de Viedma. Durante la época alta de verano (enero y febrero fundamentalmente) es visitada por muchos habitantes de Viedma y de localidades cercanas que cuentan con “casas de verano”; pero durante el resto del año, y durante esta semana en la que nos alojamos, la cantidad de gente baja notablemente ya que, y según los pobladores, solo viven de manera estable alrededor de 1500 habitantes.

Fuimos alojados en un complejo que depende de la Secretaría de Deportes de la Provincia de Río Negro, al que generalmente asisten distintas comitivas de la provincia (escuelas, clubes, grupos de distintas instituciones, etc.). Nos ofrecieron 4 habitaciones y teníamos a nuestra disposición el comedor y la cocina, ya que durante los 5 días y 4 noches en las cuales estuvimos en el complejo, no se encontraba gente de otras comitivas, cuestión que hubiese sido más enriquecedora para con nuestros objetivos⁶.

El clima ayudaba por momentos y por otros generaba grandes interrogantes, ya que un poco la idea del viaje era ir a pasar unos días de playa, conocer el mar los que no lo conocían (varios no los conocían o hacía mucho que no lo veían), encontrarse en otro lugar, con otra gente, y fundamentalmente desde otro lugar, ya no tanto desde “el loco” sino más bien desde “el turista”.

La cantidad de habitantes, y la oferta turística en esa época del año eran muy poca, entonces pasamos a ser, todo el grupo, un gran elefante en un pequeño jardín. Queríamos hacer cosas, pero tampoco había mucho para hacer. Se expuso el ingenio del grupo y las ganas y deseos de cada uno. Algunos disfrutaron mucho el estar de relax, despertarse, conversar con algunos compañeros durante el

⁶ Esta decisión fue tomada por el encargado del complejo quién, una vez allí, nos explico que no coordinaron para la misma fecha la visita de otra comitiva por nuestra comodidad. Decisión que, desde la buena intención, esconde el prejuicio y el estigma social al loco.

desayuno, esperar el almuerzo en la playa (si el día lo permitía y el viento también), comer, dormir una siesta, y seguir sosteniendo el descanso. Otros, en su personalidad, más movidos e inquietos, eran los exploradores del pueblo y de las grandes playas que ofrece este lugar. Fue así que no desperdiciaban ni un segundo y ningún paso, yendo y viniendo sin ton ni son a todos los lugares que pudiesen, y si en el camino tenían la suerte de encontrarse con algunas personas, charlar un rato.

De manera natural, podía decirse, que la actitud del cuerpo de profesionales fue la de dejarse llevar por las propuestas, las ideas, las iniciativas que nacían de manera individual o grupalmente. Durante el transcurso del viaje nos corrimos del lugar de “coordinadores” o “responsables”, para dar lugar a la espontaneidad, a la iniciativa de los usuarios, siempre en la búsqueda de que los mismos puedan adoptar una posición más activa, puedan enfrentar esa pasividad (que a veces también funciona a modo de beneficio secundario) a partir de la toma de cualquier tipo de decisión: el que quería ir a caminar, iba a caminar, el que quería ir a la playa, iba a la playa, el que se quería quedar durmiendo, se quedaba.

Momento Explicativo.

Si hay algo que podemos encontrar de innovador en este tipo de prácticas de la salud mental, es el de descontextualizar la clínica clásica para llevarla a una modalidad inclusiva. Las condiciones socio-ambientales varían mucho de una persona a otra, lo que genera que ante determinadas situaciones las formas de resolución o de atravesamiento sean variadas. La convivencia en un mismo espacio y contexto nos mostró que ciertas características que nosotros vemos en los usuarios, en otro espacio completamente diferente al suyo cambian. Al ubicarnos en una posición pasiva a la hora de promover actividades, o fomentar determinadas situaciones, buscábamos promover la autonomía y la autosuficiencia de cada usuario en su día a día. Qué hacer, a dónde ir, bañarse, dormir, cada uno era responsable de su cuidado y de sus decisiones. Fue increíble ver el desempeño de muchos de ellos cuando de a poco iban responsabilizándose de sus elecciones y dejaban de ser un “paciente” para pasar a ser uno más de un grupo de “turistas”.

Todos sabemos que la dinámica grupal genera mucho movimiento en cualquier persona, y este caso no fue una excepción. Cuando nos encontramos con un grupo de personas suele ocurrir que tenemos más afinidad con unos que con otros, que podemos compartir determinadas actividades con los que comparten el mismo gusto y otros con los que quizá no tenemos mucho contacto. Esto fue lo

que sucedió, una dinámica grupal completamente normal, donde primó el respeto y el buen humor, y donde cada uno pudo disfrutar de sus compañeros y del ambiente grupal dentro de sus gustos y preferencias.

El viaje podría denominarse literalmente como unas vacaciones de relajó, donde no había ninguna actividad pautada, ni ninguna visita a ningún lugar. Esto generó incertidumbre en el grupo, ya que en general los viajes organizados tienen objetivos específicos, con actividades pautadas como por ejemplo la presentación de un dispositivo o talleres. En este caso uno de los objetivos principales era el ocio recreativo, que aunque parezca algo sencillo, cuesta mucho desarrollar. Algunas frases que caracterizaron el primer momento del viaje eran “Estoy aburrido, qué vamos a hacer”, “Y ahora, qué hacemos”, “¿No vamos a hacer nada?” Estas preguntas demostraban las expectativas previas y que día a día fueron cambiando por “¿Hoy vamos al Faro?” o “Yo hoy tengo ganas de dormir la siesta y después voy”, “¿Vamos a caminar a la playa”. Surgían rápidamente las propuestas y los voluntarios para llevarlas a cabo.

Así mismo, el Cónдор es un pueblo pequeño y sus comercios son escasos, por eso es que al estar un tiempo ahí comenzamos a ser reconocidos por la gente del lugar. Principalmente había una despensa, la despensa “Amarelli”, la cual nos recibió con mucho respeto y calidez. Sus empleados fueron objeto de muchas charlas, preguntas, chistes y entrevistas. Lejos del estigma del loco peligroso era nuestra entrada a los lugares en los cuales nos iban conociendo y el vínculo se tornaba completamente ameno y entretenido. Muchas veces a la hora de ir a comprar provisiones, eran varios los que querían ir, más allá de querer hacerlo para comprarse un atado de cigarrillos o alguna cosa en particular, sino también por la posibilidad de poder interactuar con gente del lugar y pasar un buen momento. Y sépanlo que ellos nos estaban esperando. Si algún día no habíamos pasado a comprar algo, al otro nos preguntaban qué nos había pasado, que nos estaban esperando y nos recibían con preguntas del estilo de que habíamos hecho, si habíamos ido a tal o cual lugar, y si estábamos disfrutando el viaje.

Creemos fielmente que este tipo de situaciones demuestra la importancia tanto para los usuarios de Salud Mental, como para cualquier persona que las lleve a cabo. Nosotros fuimos testigos de las dinámicas que transcurrieron a lo largo del viaje, del tipo de vínculos que se creaban y fundamentalmente de cómo se encontraban los usuarios en su acontecer diario, sin dejar de resaltar la intensidad de algunas situaciones. Personas que estuvieron encerradas durante veinticinco años en un hospital monovalente, por ser considerados peligrosos para la sociedad, se encontraban bañándose en el mar, charlando con gente del lugar, jugando al tejo, riéndose, disfrutando, cuidándose y preocupándose por sus pares.

Realmente la experiencia de poder vivir este tipo de actividades lo deja a uno mínimamente repensando muchas cosas de su práctica y muchas cosas más de la sociedad en la cual vivimos. La exclusión es el gatillo fácil para aquellos que poseen cualidades que definimos como “fuera de lo común”, como “locas”, como “discapacitadas”, pero si uno presta atención y puede ver más allá de esas cuatro paredes mentales que nos encierran a nosotros, la situación es completamente diferente. La heterogeneidad de los grupos se multiplica, los diálogos varían y se tornan divertidos e interesantes, nos humanizamos en la comprensión del otro. Es fácil entender a alguien que piensa parecido a nosotros, que tiene una vida en varios aspectos similar a la nuestra; pero entender a otro que se lo categoriza, y en mala forma, de “diferente”, eso es lo que nos aporta, y creemos que solo se puede hacer estando ahí, poniendo el cuerpo, atravesando tiempo a la par, conviviendo si se puede en algunas situaciones, viendo su ambiente, y viendo su estar en otro ambiente diferente al suyo. Eso habla de nosotros como profesionales y como personas, que es antes que nada nuestra primera condición previa a cualquier título.

Este apartado que sigue a continuación no fue sin un debate previo en el que se discutió acerca de la importancia de que una Residente de Medicina General se incorpore en el equipo y no solo eso, sino que pueda acercar a todos los lectores, en un pequeño resumen, su vivencia de la experiencia. Lo que no queremos hacer es una diferenciación de la tarea del Médico dentro de lo que fue el trabajo en general, sino poder abrir un espacio para que el vínculo entre las dos residencias y que los fantasmas y tabús que rodean la Salud Mental caigan y quede a la luz la simple realidad de las cosas. Es así que disponemos de este apartado específico de la experiencia Médica en Salud Mental.

- Médica Mental en Salud General.

Al disponer de un espacio en el trabajo como Residente de Medicina General, siento que fomenta de algún modo esta división de la cual muchas veces se hace objeto: Medicina/Salud Mental. Para mi fue importante participar en este tipo de intervenciones debido a que uno cambia el Rol del Médico por el de Operador de un servicio, estando en un mismo lugar que los psicólogos, los trabajadores sociales, los operadores de salud mental, y cada uno de los que forman parte del personal.

“Una semana al Cóndor de vacaciones” fue una frase que resonó en el entorno hospitalario al saber que iría una semana al Cóndor con los usuarios de Salud Mental. Lejos de esto, la experiencia fue otra.

Una etapa interesante en la planificación surgió en una reunión que tuvimos con los residentes de Salud Mental Comunitaria y los médicos del servicio, donde se me fueron dadas las fichas con las medicaciones de cada usuario que iba, con las posibles descompensaciones y características de cada uno en cuanto a su salud. Mi rol era ir de médica en un grupo de usuarios. Eso también estuvo lejos de lo que fue el día a día allá.

Obviamente que la medicación que toma cada uno, los cuadros, las descompensaciones, la farmacología, eran mi preocupación y ésta reunión había dejado cierta inquietud en mí y estuve algunos días estudiando las fichas y los cuadros, lo cual me ayudó mucho, pero nuevamente en el día a día con cada uno de los integrantes del viaje mi perspectiva cambió.

El viaje en sí fue salirse del lugar de organizador o de coordinador, hasta del de médico. Correrse del lugar del saber hace que cada uno tenga autonomía para decidir y tener iniciativa en el que hacer. Eso se vio reflejado en este contexto. Éramos todos un grupo de turistas. Ninguno conocía el lugar, ninguno tenía el poder de dar órdenes o de estipular las actividades, las cuales se decidían en grupo y cada uno podía decidir que tenía ganas de hacer en su semana de vacaciones. Descansar, ir a la playa, caminar, jugar a las cartas, leer, bailar, etc.

La referente de la medicación de los usuarios, como correspondía, era la operadora de salud mental, o los psicólogos en algunos casos, que conocían la historia y situación de cada uno, más allá de sus fichas de medicación. A mí no me pidieron aspirinas, ni pastillas, ni calmantes, simplemente decidía con ellos si salíamos a caminar, íbamos a la playa, o tomábamos mate. Esto no solo me alejó de mi rol de médico sino que lo amplió mucho más de lo que hubiese pensado, y lo humanizo completamente.

Así también el conocimiento que disponían los integrantes del grupo técnico del viaje fue muy útil para aprender las modalidades de trabajo que llevaban a cabo. Más allá de que a simple vista parecían simples actividades, un juego de cartas con algún usuario en determinado momento en particular, una charla con algún otro aparte, la propuesta de salir a caminar, el acompañamiento paciente en los momentos de higiene personal, eran cosas que, afinando el ojo, se podía observar una incidencia muy favorable en las relaciones con los usuarios, y así la posibilidad de que todos puedan disfrutar del viaje a pesar de algunas cuestiones personales en determinados momentos. A medida que pasaba el tiempo y los días e iba conociendo a los usuarios en su principal característica, la de personas, como cualquier otro, con sus gustos, sus defectos y sus virtudes, me vi en la misma posición que veía en el grupo técnico y casi sin darme cuenta me encontraba caminando con algún usuario mientras charlábamos de alguna

cuestión que lo molestaba, o quizá estaba ayudando a algún otro con algo que no podía resolver, acompañando a los que querían caminar, y ellos acompañándome a mí.

Así como el control de niño sano o el control de embarazo es una práctica para intervenir como médicos generales ante diferentes situaciones, participar en esta experiencia, fue acercarme a los usuarios de salud mental, desde otro lugar, es una herramienta para poder resolver las problemáticas de la salud mental como cualquier otra de estas intervenciones que tenemos muy interiorizadas.

Síntesis. Conclusiones y propuestas.

Creemos que el viaje pudo culminar con muchos de los aspectos planteados en el momento de la planificación. Lejos de descompensaciones o momentos complicados, el viaje giro en torno al ocio, a la diversión y al relax que estamos seguros que colaboro muchísimo a que esto primero no ocurriese. Es cierto que cada uno en su singularidad puede atravesar momentos que lo incomoden, que le disgusten y cada uno haya tenido un viaje diferente, pero eso es parte de nuestra particularidad como individuos y estamos lejos de querer evitar eso. Pudimos ver la inclusión en un pueblo pequeño, la autosuficiencia y el auto valimiento de cada uno de ellos en muchas situaciones en las que quizá la gran mayoría tenía dificultades, el desempeño de un rol en el grupo, el pasaje de estar pasivamente esperando a que las cosas vengan hacia uno para pasar a ser activos en sus decisiones y en sus deseos.

Si hay algo que culminaría con la inclusión social sería la posibilidad de que cada usuario, si lo desea, pueda realizar este viaje por sus propios medios. Sabemos que esto es un proceso y que este tipo de actividades colabora mucho a la confianza personal, a la caída de los estigmas, pero es cierto que la sociedad tiene un peso muy grande y que muchas veces para combatir ciertos aspectos patógenos de esta, un individuo aislado tiene poco peso y termina cayendo, y mucho más cuando es un marginado. El grupo ayuda, en su gran mayoría, a tener más fuerza y más identidad cuando es esta la que está afectada por el entorno.

Fue hace dieciocho años que ocurrió un evento de este tipo, esperamos que hoy, después de este, sea mucho menos el tiempo que pase y que día a día podamos ir logrando conjuntamente con cada usuario de salud mental, su familia, y la salud pública, una inclusión real.

Bibliografía.

- Ley Nacional de Salud Mental 26.657.
- Ley Provincial de Salud Mental 2440.
- Schiappa Pietra José. *“Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión Social”*. Publifadecs. General Roca, Río Negro, Argentina. 2012.
- Cohen, Hugo y Natella, Graciela. *“La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro”*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2013.

Título: ¡Para! ¿Andará algún loco por acá? Usuarios del servicio de Salud Mental en el balneario “El Cóndor”

Tipo de trabajo: Relato de Experiencia. Área Clínica. Proceso de atención- producción de cuidados.

Autores: Di Chiara, Mariano; López, Jimena; Lucarella, Felipe.

Institución: Hospital de Área El Bolsón. Rio Negro. C.P.: 8430.

Contacto: dichiara.mariano@gmail.com.

En estos últimos años la salud mental ha mostrado muchas facetas que exceden completamente a la atención clínica. Esta experiencia es una de ellas. La posibilidad de ubicarse en un contexto diferente, de descontextualizar la clínica desde una práctica inclusiva, vislumbra otras características que no se encontraban presentes, posicionando a los usuarios de manera activa.

Fomentar la autosuficiencia, el auto valimiento y la responsabilización son ejes que nos marcan un actuar en nuestro desempeño profesional, y es así que en este viaje pudimos dar un paso en una actividad que no solo dejó una linda experiencia para todos, sino que además marcó un hecho importante en nuestro desarrollo como servicio de salud.

Palabras clave: salud mental, inclusión social, desmanicomialización, responsabilidad subjetiva, trabajo interdisciplinario.