

Sh

- Coordinación del Programa General de Residencias y Concurrencias, dependiente de la Dirección de Capacitación del GCBA.
- Plan De Formación De Concurrentes De Musicoterapia del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".
- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Carrera de Musicoterapia. Práctica profesional del área clínica "Observación y Práctica en Instituciones".
- Universidad del Salvador, Escuela de Disciplinas Paramédicas, Carrera de Musicoterapia. Práctica profesional, Cátedra Salud Mental.
- Curso de Musicoterapia en Rehabilitación Psicosocial. Gobierno De La Ciudad De Buenos Aires, Secretaria De Salud, Dirección de Capacitación.
- Programa de Extensión Universitaria, U.B.A.
- Participación en la formación de grado y carrera de especialistas de otras disciplinas.
- Participación en Jornadas, Congresos, etc.

376-C
Sh
CARLOS BUTERA
"MT en REHABILITACION PSICOSOCIAL"

Enfoque comunitario de la Salud Mental

"Hay que dar vuelta el tiempo como la taba el
que no cambia todo no cambia nada"

Alfredo Zitarrosa, Triunfo Agrario

La Salud Mental Comunitaria tiene como eje central el sufrimiento psíquico, originado en el lazo social, las relaciones inmediatas del sufriente. De la misma forma que el sujeto "enfema" a causa de un entramado social "patológico", la recuperación se consigue mediante una reformulación de estos vínculos y un desarrollo de las capacidades sociales de uno y de otros (sujeto/comunidad). El núcleo ético de este enfoque plantea una relación sujeto/sujeto, el "paciente" ya no es puesto en el lugar de objeto al que relegó la psiquiatría tradicional. La mirada está puesta en el vínculo.

Siguiendo a Emiliano Galende, pese a la carencia total de base científica, el discurso psiquiátrico ha sostenido un modelo biologista, descriptivo, orientado a la corrección de conductas desviadas. En el peor (e infortunadamente, el más común) de los casos, el sujeto es, mediante la internación, "amputado" (sociotomía) del "cuerpo social" como se amputa un miembro gangrenado. De allí en más el psiquiatra lidiará con un organismo defectuoso en vez de con una persona (a la que en cambio nosotros definiremos por su historia, su idiosincrasia), echando mano a prácticas de contención físicas y químicas, en una brutal reducción de la problemática humana.

Como bien ha señalado Ronald Laing, la psiquiatría tradicional "reifica" al hombre, lo pone en el lugar de cosa. No se puede enfrentar la despersonalización de un sujeto que sufre de esquizofrenia con un posicionamiento ético que parte de la despersonalización. Utilizando la misma metáfora de Laing, esta es una operación equivalente a "hacer hielo hirviendo agua".

La finalidad del manicomio, escenario central de la práctica psiquiátrica, al igual que la de la cárcel, es "confinar las desviaciones de los pobres, marginar a quien ya ha sido excluido de la sociedad"⁵⁰. El pobre, el indigente, es sometido a un tratamiento que no solicitó y que no podría pagar, hecho que de algún modo justifica y exagera la verticalidad del vínculo médico/paciente, impidiendo configurar una relación más horizontal, condición necesaria para la deconstrucción superadora de los roles de ambos.

A partir de allí, el mundo emocional del internado queda reducido a un acotado repertorio de expresiones psiquiátricas. Ya no puede estar triste, sino *deprimido*; si se siente atraído sexualmente por otra persona, está *erotizado* y no puede sentir legítimo enojo porque corre el riesgo de que este enojo sea evaluado como una *descompensación* y se le aumente la medicación. Sus emociones humanas pasarán a ser signos de su cuadro psicopatológico. Algunos pacientes aprenderán que frente al médico hay que ocultar la *productividad psicótica* (delirios y perturbaciones perceptivas), ya que de otro modo, recibirá un refuerzo de medicación que lo dejará rígido, con disquinesias, o que perturbará su vida sexual, si es que la tiene. Porque al loco generalmente le está vedada la sexualidad; otro mecanismo más del proceso sistemático de deshumanización: aún en las cárceles, los presos tienen derecho a la visita conyugal.

En el manicomio se pierde el derecho a la intimidad. La mayoría de las salas dormitorio consisten en un largo corredor con camas a los costados. Cualquiera con guardapolvo o sin él puede ingresar y recorrerlas sin que nadie le llame la atención.

Los profesionales, médicos o no, están entrenados para entender cada manifestación de los pacientes como un

50. Franco Basaglia, *La Condena de ser Loco y Pobre, Alternativas al Manicomio*, Topía Editorial, Buenos Aires, 2008.

producto de su enfermedad. Elsa S., una paciente del Moyano con más de treinta años de internación, se levanta el vestido para mostrarle a su terapeuta mujer la cicatriz de una operación. Ésta le llama la atención, le dice que no debe andar desnudándose frente a cualquiera, y agrega: "yo también tengo una cicatriz de cesárea y no la ando mostrando", a lo que Elsa responde: "claro, pero Ud. es mujer". Lo que muchos profesionales entenderían como un discurso delirante, una expresión de la ruptura de esta paciente con la realidad, no es otra cosa que la vivencia legítima de una persona a la que los años de internación en el manicomio le han arrebatado su condición de mujer, su identidad sexual que debió haberse construido simétrica y complementariamente con otro, en libertad. Ella se ha convertido en un cuerpo enfermo al que cualquier profesional puede tener acceso irrestricto.

Las instituciones psiquiátricas se constituyen es instrumentos de control y castigo a la diferencia. El psiquiatra ocupa el lugar de policía o juez, ya que tiene la potestad para privar de la libertad. El profesional no médico disocia el discurso de la práctica y quizás se auto-convence de que su presencia en la institución es una garantía de cambio. O se siente cómplice.

Para Enrique Pichon-Rivière, la legitimidad de la psiquiatría, es "fatalmente relativa", una expresión concreta de poder: "más que ciencia, hay ideología"⁵¹. La norma de comportamiento está sostenida por una infraestructura de relaciones sociales y medios de producción, dictada por la clase dominante, portadora de un determinado discurso ético. No se interna para "curar" sino para, en el mejor de los casos, reparar una "máquina defectuosa", de acuerdo a un determinado criterio de productividad. Como ya hemos visto, el comentario recurrente de muchos esposos de pacientes, es que habían advertido una recaída de sus esposas a partir del hecho de que éstas descuidaban las tareas hogareñas. Mucho antes del auge relativamente actual de los trastornos de la alimentación, era común encontrar pacientes que sufrían trastornos bipolares con antecedentes de consumo de anorexígenos. Otra de las caras de la norma: la estética.

51. Vicente Zito Lema, *Conversaciones con E.P. Riviere sobre el Arte y la Locura*, Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1990.

La Salud Mental Comunitaria plantea un cambio substancial de la práctica profesional hospitalocéntrica en dirección a un modelo de atención comunitaria, con plena vigencia de los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos, y la adaptación a la permanente transformación de la trama social, lo que garantizará la implementación de dispositivos y recursos eficaces para la inclusión de las personas con sufrimiento psíquico.

EJES DE LA POLÍTICA Y LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL

El programa de reforma propone actuar sobre tres niveles:

- el aparato jurídico/normativo,
- las corporaciones profesionales, y
- el imaginario social.

Este último punto, está relacionado con la modificación del significado que da la sociedad acerca de los trastornos mentales, la definición subjetiva de quienes los padecen. La reforma sólo es posible si se tienen en cuenta:

- la intersectorialidad (ligada a problemas de empleo, vivienda y servicios sociales),
- la interinstitución (lo que implica un compromiso de las diferentes instituciones: justicia, policía, escuela, etc.), y
- la participación del usuario, la familia y las organizaciones comunitarias.

El Banco Mundial refiere que las dolencias mentales representan el 8,1% de la "Carga Mundial de Enfermedad" (costo y sufrimiento que provocan el conjunto de las enfermedades), un porcentaje superior al que provocan la tuberculosis, el cáncer o las enfermedades cardíacas.

Las psicosis esquizofrénicas, de temprano comienzo, inciden de manera negativa sobre personas jóvenes, malogrando su futuro profesional e inserción social, suponen una larga evolución

ción que conlleva discapacidades secundarias y una esperanza de vida significativamente menor a la de sus pares en clase y cultura. Representan un alto costo, ya sea si se abordan en un contexto asistencial tradicional o desde un punto de vista comunitario. No obstante, es sólo un porcentaje mínimo el de los sujetos que pierden toda capacidad de reinserirse socialmente.

Es por ello que se propone un cambio en la políticas de salud mental, a través de redes psicosociales de base comunitaria, el desarrollo de nuevas tecnologías de base psicológica (intervenciones psico-educativas, por ejemplo) y el empleo de antipsicóticos atípicos.

La OPS recomienda para los países de América Latina trasladar los servicios a la comunidad, como así también la capacitación de los recursos humanos, ampliación de alternativas de atención, el respeto por los derechos humanos del sufriente psíquico y la inclusión de usuarios y familiares en el proceso de gestión. Para ello es necesario el establecimiento de una coordinación entre el nivel especializado de Salud Mental y la Atención Primaria de Salud, habilitación de camas para internación psiquiátrica en los hospitales generales, y la creación de unidades forenses para personas que requieran tratamiento en condiciones intermedias entre un dispositivo asistencial y un centro penitenciario.

También es necesaria la implementación de programas orientados a proporcionar alojamiento a los pacientes externos (si no puede retornar al ámbito familiar, disponer su inclusión en una casa de medio camino o en el seno de una familia sustituta); empleo (formación profesional, subsidios a los micro-emprendimientos, etc.); organización del tiempo libre (tendientes a promover las relaciones interpersonales) y proporcionar un acceso real a los medios de transporte y comunicación actuales.

Una mención aparte merecen las estrategias orientadas a la reducción del estigma. Serán necesarias intervenciones de "Educación para la Salud Mental" en las instituciones educativas y de modificación de actitudes en lo que hace a los medios de comunicación, sea que en una obra de ficción se presenten personajes desde una óptica estereotipada sobre el enfermo

mental, o un informativo relacione la enfermedad con hechos de inseguridad. Por otra parte, se proponen estrategias para disminuir la estigmatización en la población en general, acompañando al paciente en el proceso de reinserción social y de capacitación y apoyo psicológico de las familias que cuenten con un integrante enfermo.

También serán necesarias algunas modificaciones del marco jurídico que garanticen los derechos de las personas con trastornos mentales respecto de las internaciones involuntarias y las declaraciones de incapacidad (ver ley de Salud Mental Nacional, nro. 26657), como así también promover investigaciones que permitan aportar nuevos datos epidemiológicos sobre la región en lo que hace a las psicosis funcionales no-afectivas.

Las normas que regulen la atención en salud mental deben establecerse en forma centralizada; no es posible que cada dispositivo enuncie sus propias normativas como sucede en la actualidad, de acuerdo a sus recursos surgidos, en muchos casos, aleatoriamente. Se tendrán en cuenta las necesidades de cada población real, con sus necesidades específicas de recursos tecnológicos y humanos, atendiendo fundamentalmente a la accesibilidad al sistema.

MODOS DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Además de los dispositivos sanitarios orientados a la atención de personas con trastornos psicóticos, la atención comunitaria propone la constitución de dispositivos de apoyo social. Se ha comprobado que éstos mejoran notablemente la calidad de vida y el funcionamiento social de los enfermos y de sus familias, y prescinde de recursos sanitarios costosos y traumáticos tales como la internación. La inclusión de estas personas en la comunidad supone la posibilidad de satisfacción de sus necesidades sociales básicas, tales como la recreación, la educación, la subsistencia económica, cuidados personales, relaciones sociales, apoyo emocional y tutela.

Los programas de apoyo social, junto con el "residencial" y el "ocupacional-laboral", proporcionan a las personas con trastornos psicóticos una amplia gama de posibilidades para la inclusión social. Entre ellos, se proponen:

- Talleres
- Clubes sociales
- Actividades Deportivas
- Asociaciones de usuarios
- Programas educativos
- Pensiones y subsidios
- Empleo
- Instituciones tutelares.

En la actualidad, en el ámbito de la salud mental del GCBA, estos programas no han sido desarrollados. A modo de ejemplo, hasta el año 2005, el servicio de Rehabilitación del Hospital Moyano, contaba con sólo con diez profesionales rentados (7 terapeutas ocupacionales y 3 musicoterapeutas), tres técnicos y algunos voluntarios, para una población que antes de la evacuación que se realizó durante la gestión de Donato Spaccavento, ascendía a 1.500 pacientes internadas y más del doble de consultas externas.

Cada uno de los profesionales del servicio de rehabilitación se incluía en un servicio de internación o ambulatorio y realizaba además, prestaciones en el área central del servicio de rehabilitación. Hasta la fecha mencionada (año 2005), el servicio sólo contaba con un taller pre - laboral, donde se fabricaban bolsas de residuos (coordinado por las T.O.) que eran (y aún son) comercializadas en el ámbito hospitalario, y un Club Terapéutico (Club Bonanza, coordinado de lunes a viernes por musicoterapeutas), donde se realizan talleres expresivos y al menos una vez al mes, se presentan grupos artísticos de la comunidad. Los talleres expresivos se han proyectado en el ámbito extrahospitalario (Festivales del Frente de Artistas del Borda, Exposiciones de Pintura en la Sociedad de Escritores, Universidad de las Madres, AMIA, etc.) con cierta regularidad. Los objetivos de estos talleres tienen que ver con el cumplimiento de los vectores propuestos por E. Pichon-Rivière:

pertenencia-pertinencia-cooperación-comunicación y aprendizaje.

En este sector, durante los fines de semana y los feriados, asista un profesor de educación física que coordinaba grupos de gimnasia, *volleyball* y recreación. En el hospital también funcionan un Taller Protegido Intrahospitalario y el Centro de Formación Profesional (ex CONET) Nro. 7 - anexo.

A partir del año 2005, se amplía la planta, lo que implica un importante impulso al Servicio de Rehabilitación. Se diseñan nuevos proyectos, micro-emprendimientos subvencionados por el Ministerio de Trabajo (Programa de Empleo Comunitario) y la Comisión para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales (COPINE). Actualmente funcionan, entre otros, emprendimientos tales como el Taller de Panificación, FM Desate y Terapia Ocupacional Asistida con Animales. Hasta hace unos años se contaba con una huerta orgánica (que formaba parte de la Red Pro-Huerta, un programa del INTA), e incluía pacientes internadas y personas de la comunidad.

Se han realizado salidas con pacientes (especialmente crónicas) a paseos por el barrio (vistas al local de comidas rápidas Mc Donald's, por ejemplo), y al Museo Sivori, donde participaban en vistas guiadas y un taller de pintura.

En última instancia, este modelo institucional tiene una orientación comunitaria relativa, ya que la internación es el dispositivo que absorbe la mayoría de los recursos materiales y humanos. La ecuación profesionales/población hospitalaria, en lo que hace a la rehabilitación, es muy desproporcionada, la mayoría del recurso humano del hospital (médicos, enfermeros y psicólogos), está abocada al tratamiento. El Moyano cuenta con un Hospital de Día con una capacidad limitada (entre quince y veinte pacientes) y los que son dados de alta de los servicios de internación (que siguen concurriendo a los llamados "consultorios internos" de cada servicio), en general sólo reciben tratamiento psicofarmacológico.

Ahora bien: La modernización del sistema de Salud Mental no se agota con el cierre de los hospitales. En los '90, la idea de "modernización" era sinónimo de "recorte" y mayor exclusión. Si sólo se cierran los grandes manicomios y se construyen otros

Taller de Música Popular para la Integración Comunitaria

El presente programa se elabora a partir de la convocatoria del Área Programática del hospital, para implementar un dispositivo comunitario que constituya un paso más en el proceso de resocialización e integración comunitaria de las personas tratadas en la institución, sean pacientes internadas o que concurren a los servicios ambulatorios. Permitirá fomentar lazos sociales solidarios con otros participantes de la comunidad y llevar a cabo procesos de prevención de la salud mental en el ámbito extrahospitalario.

En la actualidad, los seis musicoterapeutas de planta del hospital se incluyen en los equipos interdisciplinarios de servicios de corto, mediano, largo plazo y un servicio ambulatorio (Hospital de Día), además de la coordinación de los Talleres Expresivos del Club Terapéutico Bonanza.

El objetivo del Club Terapéutico Bonanza es la resocialización y rehabilitación de las pacientes que allí concurren espontáneamente o derivadas por otros profesionales. La población que concurre, está integrada principalmente por pacientes internadas en servicios de largo tratamiento por periodos prolongados de tiempo y deben recuperar las habilidades sociales para poder integrarse comunitariamente.

Las oportunidades que tienen estas pacientes de integración con otros actores sociales están sostenidas por la presencia de profesores voluntarios que colaboran en la coordinación de las actividades y la de grupos artísticos y de allegados a los mismos que asisten a presentaciones que se llevan a cabo en el Club los días sábados con una frecuencia, en el mejor de los casos mensual.

Por todo lo expuesto, se impone la necesidad de construir un espacio que produzca situaciones comunitarias reales y permita trabajar sobre los conflictos surgidos de la interacción, poniendo acento en un proceso de deconstrucción y construcción identitaria que transforme al "paciente psiquiátrico" en "vecino", "ciudadano", "tallerista" o cualquier otro rol positivo.

Entendemos que el hecho de generar un espacio grupal extrahospitalario va a permitir restablecer el lazo social fracturado por el modelo manicomial. Este programa pretende llevar a cabo una elaboración crítica de situaciones y creencias equivocadas, emplazando al grupo en el lugar de *espejo*.

POBLACIÓN DESTINATARIA

El programa está dirigido a diversos actores sociales: personas con padecimiento psíquico tratadas en dispositivos ambulatorios; personas internadas en hospitales de Salud Mental en condiciones de pre-alta; vecinos de la zona y artistas que se interesen en la propuesta. Se admitirá la participación de personas a partir de los 18 años.

OBJETIVO GENERAL

- Constituir un espacio de promoción de la salud mental comunitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender la salud mental como un estado que trasciende las prácticas profesionales.
- Reemplazar el concepto de enfermedad por el de padecimiento psíquico y reducir el estigma social.
- Reconocer que el tratamiento de las "patologías" es incumbencia de otras áreas de la salud mental en que se insertará el taller comunitario, el cual no se superpondrá con las mismas.
- Colaborar con la tarea psicoterapéutica apuntalando el orden comunitario-afectivo que la práctica profesional no puede dar por sí misma.
- Promover la integración comunitaria de los participantes y la creación de una trama social, que satisfaga las necesidades de pertenencia y contención.
- Fomentar el cuidado recíproco, sostenido por la solidaridad.
- Ejercitar la capacidad de ser responsables y garantizar la propia salud mental y la de otras personas significativas.
- Desarrollar las potencialidades (intelectuales, emocionales y operativas) e intereses de los participantes.
- Motivar el enriquecimiento existencial de los participantes, a través del intercambio de experiencias y el reconocimiento y aceptación de distintos paradigmas interpretativos de la realidad.
- Garantizar procesos de comunicación, cooperación y aprendizaje.
- Desarrollar actividades expresivo culturales, ya no basadas en el modelo musicoterapeuta/paciente, sino en una propuesta lo más horizontal posible.

OTRAS METAS Y ACCIONES PROPUESTAS

- Evaluaciones de los participantes, informes y supervisiones.
- Orientación al grupo familiar.

- Docencia y formación de profesionales de planta, alumnos, concurrentes y residentes de musicoterapia u otras disciplinas interesados en el programa.
- Al comienzo del mismo, además de la población del Hospital Moyano, se aceptará la participación de personas que respondan espontáneamente a la convocatoria; pero a medida que se desarrolle el proyecto se establecerá contacto con profesionales de otras instituciones de la zona para ofrecerles la posibilidad de derivaciones.
- Se promoverá la presentación del material producido en el taller en diversas actividades culturales y artísticas.

Conclusiones

