

## Testimonio de una experiencia de inclusión social

Por Javier Rodríguez

**Javier Rodríguez.** Residente de 3° año de Salud Mental. Hospital Durand. Ciudad de Buenos Aires

*«Lo alternativo no se define por las formas o por los establecimientos, sino por las bases éticas, ideológicas y conceptuales en las que se asienta.»*

**A. Stolkiner**

*«Se trata de un derecho de los ciudadanos, y nosotros como técnicos debemos promover esta conciencia de derechos.»*

**F. Basaglia**

### Introducción

Inclusión... ¿a dónde? ¿Rehabilitación? ¿De quién, de qué? ¿Reinserción? ¿Y por qué hablar de estos temas? Las razones son, por suerte, lo que sobran. Pero permítaseme intentar justificar un poco esta elección, en un espacio, el de los ateneos, en el que estamos acostumbrados a hablar de la «clínica» en tanto abordaje de los pacientes (no aquí personas) bipersonal -un paciente y un terapeuta- y monodisciplinar.

Resulta cada vez más claro que los dispositivos de atención y tratamiento con que contamos en el sistema de salud, particularmente a nivel estatal, resultan por lo menos ineficaces, insuficientes, o simplemente errados a la hora de abordar a personas con determinado tipo de padecimientos (pensemos por ejemplo la tan vigente temática de las adicciones), o en determinados momentos del curso de estos padecimientos, y es aquí donde aparecen dichas palabras (rehabilitación, inclusión, ...), haciendo referencia al curso crónico de las patologías severas en salud mental (esquizofrenia, trastornos afectivos graves).

Los dispositivos de atención parecen estar pensados para contener particularmente aquellos momentos de «crisis», en agudo, las «descompensaciones»; las que ocurren como eventos puntuales en el devenir histórico del padecer de un sujeto. ¿Pero es acaso el padecer de un sujeto reductible a dichos momentos tan solo? Porque... ¿qué pasa con estas personas en todo el resto del tiempo, cuando no se encuentran en crisis? Porque más allá de cuestiones a priori discursivas, desde el momento en que no realizamos un abordaje comunitario, y que el foco de atención se centra en el momento agudo, y no en el resto del tiempo en el que transcurre la vida de la persona, no *tratamos* todas aquellas dificultades que hacen al desenvolvimiento cotidiano de las personas con algún tipo de padecimiento, hasta en las más mínimos aspectos como son la accesibilidad a derechos humanos básicos: salud, trabajo, vivienda, vida en comunidad, etc.; aún con el ya inquestionable acervo de conocimiento de que este tipo de diagnósticos predisponen de por sí a situaciones de vulnerabilidad psicosocial.

Intentaré compartir gran cantidad de inquietudes, y desarrollar algunos de estos temas, partiendo de la experiencia con personas con padecimientos mentales severos durante mi rotación de Inclusión Social en una organización social.

## El MOI

Me encuentro realizando mi rotación de Inclusión Social en el MOI, siglas que designan al Movimiento de Ocupantes e Inquilinos. Esta elección no fue azarosa, dentro de la oferta de posibilidades que tenía para realizarla, por más de una razón. Para comenzar, había estado en contacto con la organización durante mi rotación de APS. Dicho encuentro fue casual, cuando desde el CeSAC 15, en el que estaba trabajando, intentamos facilitar la atención psicológica de algunos miembros del MOI. Así conocí aquello que ellos denominan PIC (Programa de Integración Comunitaria) del que participan varias personas que estuvieron crónicamente internadas en los grandes hospitales monovalentes, y que hoy son miembros de la organización. De a poco, en la medida en la que realizábamos algunas actividades en el barrio de San Telmo, de la mano de los referentes del CeSAC, me fui enterando algo más de las actividades de la organización, particularmente aquellas que tenían que ver con el PIC.

El MOI nace en el año 1988, situando la problemática de su lucha alrededor del derecho a la vivienda y a la ciudad, en la CABA. En estos más de 20 años ha logrado instalarse como un actor fundamental en torno a estos temas en la CABA, y en el resto del país desde el año pasado, generando distintas cooperativas de vivienda basadas en los pilares de: ayuda mutua, ahorro y participación. Y contando entre sus mayores logros el haber formado parte de la mesa de trabajo en la legislatura de la CABA que elaboró el proyecto de lo que luego fue la ley 341. Dicha ley posibilita la financiación de procesos cooperativos de carácter autogestionario, logrando también la legislación de la «propiedad colectiva» para dichos procesos cooperativos.

El PIC (Programa de Integración Comunitaria) nace como respuesta y participación dentro de las políticas de desmanicomialización llevadas adelante por otros grupos de personas y profesionales comprometidos con los derechos humanos desde adentro del Hospital Borda particularmente, como el FAB y la huerta del Borda. Se evidencia en su nacimiento un importante trabajo de redes, dado que la casa base del MOI se encuentra ubicada en la calle Ramón Carrillo, frente a los hospitales monovalentes. Hubo allí quien estaba atento a lo que pasaba fuera del hospital, a unos cuantos metros, para poder pensar una articulación posible...

El PIC funciona a la manera de una asamblea de frecuencia semanal, intercalándose el encuentro con los «usuarios» y el del «equipo de coordinación». Dicho equipo de coordinación está compuesto por cooperativistas del MOI que por distintas causas (interés personal, parentesco con un familiar con algún problema,...) se han acercado al mismo, tengan o no un saber académico en la temática (hay en este momento una trabajadora social y una psicóloga incorporada recientemente en el equipo de coordinación). Los objetivos del PIC están en clara relación con su nombre, proponiéndose el acompañar y facilitar la *integración* del compañero a la vida en las distintas cooperativas. Esto me parece algo a destacar. El espacio no funciona a la manera de un grupo terapéutico, más bien se propone acompañar a cada quien en las dificultades que pueda presentar en su vida cotidiana, y también en sus respectivos tratamientos. Del PIC no sólo participan personas con padecimientos mentales, sino que hay también compañeros con otro tipo de dificultades.

Mencionaba previamente que no es un discurso académico el que circula en el espacio, esto resultó en una dificultad de ser comprendido por mi parte en un principio, acostumbrado (y

sesgado) como estoy, inevitablemente, debido a la «formación» en salud mental. Fue apareciendo con el tiempo, sin embargo, otra dimensión en el horizonte que se encuentra fuera de la práctica asistencial. Estas personas **conviven**, en el más estrecho de los sentidos, pelean por tener una **propiedad colectiva**, una verdadera revolución para el imaginario de un médico de clase media. Hay entonces un tratamiento diferente de las dimensiones de lo propio, de lo privado, de lo cotidiano que se vuelve necesario considerar. Aparecen temas en las asambleas que para cualquiera de nosotros serían de una exposición impactantes, pero viviendo colectivamente hay dimensiones de la privacidad que cambian rotundamente, y hay decisiones que se toman entre todos; una compañera coordinadora «caga a pedos» a un compañero usuario seguramente no a la manera en que un terapeuta intervendría, lo hace a la manera de una madre, de una vecina, que convive cotidianamente con el problema, y que interviene, por qué no, desde el sustento que ella misma brinda cotidianamente. Los enunciados de una verdadera interdisciplina no deberían dejar por fuera este otro tipo de saberes no académicos, no hay un discurso que valga más que otro, que deba ponerse por sobre otro. De hecho, sólo desarticulando la discursividad técnica de nuestro proceder como profesionales de la salud, es que podremos comenzar a pensar en una verdadera dialéctica con las personas que nos consultan, intentando poner en cuestión las relaciones de poder imperantes en dichas relaciones.

### **Viñetas - Historias**

Traeré a colación algunas historias de las personas con padecimientos mentales que son cooperativistas del MOI.

#### **Sandra**

Tiene cerca de 40 años. Estuvo internada en el hospital Moyano durante 8 años, tras su primera crisis. *De la internación a la cronificación*. Durante este tiempo le quitan la tenencia de sus dos hijos. Ella ubica que esto la desanimaba sobremanera, que no le encontraba sentido a su vida sin sus hijos. Pierde su casa también. Y su pareja. Durante la internación conoce a Miriam, quien se encontraba en una situación similar, 10 años internada. Se acompañan, se ayudan. Un compañero de la huerta del Borda le comenta a Sandra sobre el MOI, él está haciendo el proceso para ingresar. Sandra y Miriam se acercan de a poco al MOI. El horizonte de una casa, de «algo que dejarle a mis hijos» encauza a Sandra en el inicio de una nueva etapa. Hoy Sandra es cooperativista de Cooperativa El Molino. Su hijo mayor, Marcos, de 18 años, volvió a vivir con ella. Se encuentra solicitando la tenencia de su hija menor, de 15 años, a quien luego de un largo proceso, le dan visitas mensuales. Ella va a verla semanalmente. Continúa su tratamiento psiquiátrico en el hospital Moyano, pero inició tratamiento psicoterapéutico en el CeSAC 15.

#### **José María**

Tiene 54 años, y un certificado de discapacidad que dice «hebefrenia» desde los 18. Estuvo internado largos años en el hospital Borda, si bien estaba «compensado» no tenía familiares que se hicieran cargo de él, por lo que permanecía en el hospital. Trabajó en Talleres Protegidos de dicho hospital durante 3 años. Cree que debería tener aportes jubilatorios por dicho trabajo. Le preocupa grandemente su economía, y tiene dificultades en el manejo del dinero. En todos estos años, reclama, jamás ha conocido a su curador. Participa de todas las actividades del PIC, y realiza el «bachi» (escuela de adultos Isaura Arancibia).

#### **León**

Tiene 44 años, y carga con la historia de una «internación complicada» en el hospital

Borda, ya siendo cooperativista del MOI. Durante la misma, sin su consentimiento, estuvo a punto de ser sometido a TEC (ver nota «**Lo iban a dormir un rato**» en Página 12 del Jueves 11 de Junio de 2009, ó «Derechos humanos en la Argentina. Informe 2009», CELS). Esto provocó una gran movida dentro del hospital, incluidas denuncia al CELS, y acciones derivadas de esto (intervención de Comisión de Seguimiento del Tratamiento Institucional Neuropsiquiátrico de la Defensoría General de la Nación, interposición de habeas corpus, Juzgado Penal). Paradójicamente, tras un cambio de medicación (y servicio de internación), León fue dado de alta dos meses más tarde. Realiza actualmente su tratamiento de manera ambulatoria. Participa activamente de las actividades del PIC, está en pareja con una compañera del MOI, y fue el impulsor de la idea de presentar el PIC, su funcionamiento, sus objetivos «a los compañeros latinoamericanos» durante el encuentro de la SELVIP (Secretaría Latinoamericana de la Vivienda Popular) que tuvo lugar en Buenos Aires durante septiembre pasado, para que «conozcan la experiencia y puedan replicarla».

Tres viñetas. Tres historias. Así como hay otras. Y a otros no les sirvió este dispositivo. A veces me resulta casi imposible pensar que algunas de estas personas estuvieron crónicamente internadas en los grandes hospitales monovalentes. Su participación, su conexión con el otro... De lo que busco dar cuenta es que hay en la dimensión social, en su participación en las distintas actividades del movimiento, en esta noción de pertenencia, la posibilidad de una estabilización. Pero la misma, y sobre todo el proyectarse, el pensarse a futuro, requieren de un *soporte material* que no podemos desconocer.

Dándole una vuelta más a lo anterior, no es, al decir de Basaglia, que un esquizofrénico no sea un esquizofrénico, «pero sobre todo es un hombre que necesita afecto, dinero, trabajo; es un ser humano total, y nosotros debemos dar una respuesta no a su esquizofrenia, sino a su ser social y político -I-». Es por esto que una práctica orientada alrededor del cumplimiento de los derechos humanos, a la manera de un ordenador, resulta para mí fundamental.

### **Estigma y personas con padecimientos mentales severos**

Data del año 1822 (Bayle) la conceptualización de la clínica en psiquiatría en tanto diacrónica. Esta manera de conceptualizar la patología en salud mental implica básicamente dos cosas. Por un lado una noción etiológica de los cuadros (o estados), la menor de las veces constatable al día de hoy. Pero por otro, y esto es lo más importante, la noción de *evolución* del cuadro. De hecho, las grandes nosografías en psiquiatría se nutren de dicha evolutividad de la clínica a la hora de constituirse, basando sus diagnósticos diferenciales muchas veces en detalles que van apareciendo con el tiempo.

Cabe también destacar que hablar de re-habilitación, re-inserción, o inclusión, supone una des-habilitación, una des-inserción, una in-inclusión previas. Hayan surgido estas como consecuencia del padecimiento psíquico de la persona o no. En este sentido tampoco es dable soslayar el hecho de que vivimos en una sociedad, pero sobre todo en un sistema, que hace de la exclusión una de sus banderas. No hablamos así ya de «clases» (alta, media o baja) dentro de una misma sociedad, sino que hablamos de incluidos o excluidos al sistema.

Como causas para esta exclusión, si nos centráramos en aquellas que tienen que ver con la enfermedad mental, por decirlo de alguna manera, (porque como dije anteriormente la exclusión se presenta de diversas maneras: económica, cultural,...) creo que las hay de por lo menos dos órdenes. Por un lado aquellas atribuibles a la enfermedad en sí misma sobre el individuo, en

aquellas patologías de curso deteriorante, en las que se observa una progresiva afectación de la voluntad y la afectividad particularmente, que vuelve difícil el desempeño en algunas actividades, particularmente el ligado a algunas exigencias laborales.

Y por otro lado se encuentran aquellas reacciones que dicha enfermedad, situación o diagnóstico generan a nivel social. Nos encontramos aquí en el terreno de la estigmatización de las personas con padecimientos mentales. Dicho estigma, por otro lado, dista de ser algo simple o fácilmente modificable, siendo un «proceso social que se expresa bajo diferentes formas de prejuicios, estereotipos y discriminación negativa hacia quien se identifica como portador de una diferencia que lo distingue -2-»; y además pueden detectarse dos componentes alrededor del mismo. La estigmatización *heteropercibida*, esto sería el imaginario social sobre «el loco», existiendo también la dimensión *autopercibida* de dicho estigma, esto se explica porque la persona con padecimiento mental, como parte de una comunidad determinada comparte sus valores, creencias, etc., siendo este componente particular fuente de padecimiento para las personas. Sobre este tema, de cualquier manera, es alentador el hecho de que dicho estigma disminuye marcadamente en las personas que están o han estado en contacto con personas con padecimientos mentales severos -3-.

Por otro lado también es dable caracterizar a la discriminación en negativa y positiva. La negativa serían aquellas conductas que se desprenden de aquello que acabamos de mencionar como «estigmatización». Pero por otro lado, la discriminación puede caracterizarse como positiva, teniendo su fundamento en la igualdad de accesibilidad a derechos, tratándose de todas aquellas cosas «diferentes» que se hacen a fin de que una persona con un padecimiento o una dificultad puedan acceder en igualdad de condiciones a determinado bien o situación. Este sería el principio detrás del certificado de discapacidad por ejemplo, cuando se supone que alguien se encuentra en desventaja a la hora de enfrentarse al mercado laboral.

### **La ley (y la trampa)**

Y allí yace nuestra ley 448. Se plantea como su objetivo el «garantizar el derecho a la salud mental de personas en el ámbito de la CABA». Y en el artículo 3º, enumera los derechos de las personas en relación al sistema de salud mental, textual:

«a) Los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la Ley N° 153 en su artículo 4º;

b) A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia;

c) El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención;

d) A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico;

e) A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención;

f) A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;

g) La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales;

- h) El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad;
- i) La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;
- j) La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria;
- k) A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.»

A menudo se escucha, alguna vez me he oído pronunciando un «la 448 no se cumple...». Pero, ¿quién sino nosotros habrá de hacerla cumplir? Enhorabuena que existe un marco legal que ampara, que convoca al quehacer del profesional en un determinado sentido. Y es cierto que falta mucho. Particularmente voluntad política de materializar con fondos y obras el espíritu de esta ley (cargos, casas de medio camino, internación en hospitales generales, y la lista sigue interminable...). Pero por lo pronto no es poco lo que podemos hacer con nuestro trabajo cotidiano, para repensarlo en función de los derechos de aquellos que padecen. Creo que esto no es dable ya de ser pensado en términos de una elección, sino de un imperativo ético como profesionales de la salud.

### **Algunas ideas finales**

La clínica de los personas con padecimientos mentales severos no termina en la crisis o urgencia. De hecho, las propias características de su padecimiento, por un lado, y lo que este supone a nivel social, por otro, determinan que estas personas queden expuestas a situaciones de vulnerabilidad psicosocial importantes. Esto, y también el marco conceptual y legal contemporáneos, deberían orientar nuestras prácticas no ya solamente en el tratamiento de dicha urgencia, en tanto resolución de la misma, sino que además debería predisponernos a trabajar en torno a disminuir esta situación de vulnerabilidad a la que cierto tipo de padecimientos predisponen. Esto convoca a una ampliación conceptual en torno a la manera de intervenir en tanto concepción diacrónica y en tanto complejidad del equipo de abordaje del problema.

El tratamiento de los padecimientos mentales severos se beneficia por abordajes de tipo comunitario, que viabilicen la reinserción de la persona a su comunidad de origen, garantizando de esta manera muchos de sus derechos. En este sentido, se vuelve imperativo explorar y explotar las distintas redes tanto de la persona como de la comunidad, valiéndonos de las distintas herramientas de los distintos sectores: del sistema de salud y por fuera del mismo también. De hecho, «el aislamiento social se asocia con un pronóstico desfavorable<sup>4</sup>» y como predictores de resultados en el tratamiento, las variables sociales resultaron mejores que las de los pacientes. Esto podríamos pensarlo en relación al desbalance entre cuidados psicosociales (casi ausentes) en comparación a otro tipo de cuidados que sí son brindados con mayor frecuencia por el sistema de salud (tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos).

Me parecía importante también destacar como una de las apreciaciones más interesantes dentro del MOI, el hecho de la construcción de un «sujeto políticamente activo». De un sujeto capaz de luchar activamente por sus derechos, no aguardarlos. Un sujeto capaz de pensarse dentro de un colectivo construyendo consensos y normas con otros.

Quizás en parte debido a la complejidad del tema, también al hecho de que aún me encuentro realizando esta rotación, no creo que haya podido traer un material acabado en cuanto a sus

posibilidades, sus disparadores, sus apreciaciones. Noto de hecho al releerlo, algunas dificultades que tienen que ver con «baches» o «lagunas» conceptuales de mi parte. Ejemplo de ello podría ser la manera de denominar a las personas con padecimientos, heterogénea a lo largo del texto.

Deseaba sin embargo compartirlo por lo movilizadora que ha resultado para mí esta experiencia, donde entre muchas otras cosas se observa una especie de «relativización de la severidad» de los casos, según el tipo de abordaje, pensando por ejemplo en la viñeta de León.

Quedan en el tintero muchas cosas, por suerte. Quizás sea mejor así.

## Bibliografía

- Barbagallo, J. «MOI, movimiento... en movimiento», 1° edición, 2007.
- Basaglia, F. «La condena de ser loco y pobre», Editorial Topia, 1° edición, 2008.
- Cáceres, C.; Druetta, I.; Hartfiel, M.; Riva Roure, M. «El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales», Revista Vertex, Volumen XX - Número 86, Julio-Agosto 2009, págs. 299-307.
- Dabas, E.; Perrone, N. «Redes en salud», 1999.
- “Declaración Universal de los Derechos Humanos», ONU, 1948.
- “Derechos humanos en la Argentina. Informe 2009”, CELS.
- Donnoli, V. «Esquizofrenia: Dimensiones y Psicopatología Clínica», Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 8, N° 1, junio de 1999, págs. 5-14.
- Fernández Bruno, M.; Gabay, P. «Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves», Editorial Polemos, 1° edición, 2003.
- Gabay, P.; Fernández Bruno, M. «Alternativas a la hospitalización crónica», Revista Vertex, Volumen XX - Número 86, Julio-Agosto 2009, págs. 268-281.
- Galende, E. «Modernidad, individuación y manicomios», Políticas en Salud Mental, Saidón-Troianovsky comps., 1994.
- “Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos», EDIMSA, Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003.
- Ley de Salud Mental 448 de la CABA.
- Lolich, M.; Leiderman, E. «Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales», Revista Vertex Volumen XIX - Número 80, Julio-Agosto 2008.
- “Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos», Mental Disability Rights International – CELS, 2007.
- Zlotnik, M. «La psiquiatría clásica y sus dos clínicas», Psicoanálisis y psiquiatría: encuentros y desencuentros, Mazzuca et. al., Bergasse 19 ediciones, 3° edición, 2008.

## Notas

**-1-** Basaglia, F. «La condena de ser loco y pobre», 2008, Editorial Topia, Buenos Aires, pág. 105.

**-2-** Lolich, M.; Leiderman, E. «Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales», Revista Vertex Volumen XIX – Número 80, Julio-Agosto de 2008, pág. 166.

**-3-** idem. pág. 170.

**-4-** Gabay, P.; Fernández Bruno, M. «Alternativas a la hospitalización crónica», Revista Vertex, Volumen XX – Número 86, pág. 269.