

Expresión artística: una forma de transformar el padecimiento mental

Mirta Elvira

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires). Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Fundadora del Centro Cultural Camino Abierto. Asesora de la Legislatura de Río Negro. Docente e investigadora.

melvira@unrn.edu.ar

“El arte no reproduce aquello que es visible sino que hace visible aquello que no siempre lo es”

Paul Klee

En muchas ocasiones los/las trabajadores/as de la salud estamos muy abocados a ocuparnos del daño, del síntoma, del dolor, de la enfermedad y el sufrimiento. ¿Somos trabajadores/as de la salud o de la enfermedad? Creo que de ambas cosas, pero la salud siempre queda en otras manos, como que llegamos al punto de la urgencia de tener que ocuparnos sólo del padecimiento. En parte porque debe ser así, porque nuestra formación nos da herramientas para ayudar a salir del padecimiento por el que las personas consultan, pero también se debe a que en esa formación se tiene muy poco en cuenta la salud como idea integral. Es aquí donde nos interesa anidar, en la relación entre la salud, en este caso de la mental, y el arte.

Desde tiempos remotos las actividades artísticas han sido una herramienta muy valiosa en lo que respecta a la posibilidad de creación y expresión. Quizás por ello haya cuantiosas definiciones y debates sobre qué se considera arte y qué no. Al hablar de arte como herramienta de salud lo consideramos en el sentido más am-

plio, que incluye las experiencias artísticas que todo ser humano puede vivenciar, tanto desde la creación como desde la interpretación y el disfrute. Esas experiencias artísticas están ligadas a la idea de libertad, de elección, de deseo y de participación.

El problema se plantea cuando se banalizan las actividades ligadas al arte para convertirlas en una forma de llenar espacios de manera un tanto inquisitiva. Es así como encontramos talleres de laborterapia en un marco de obligatoriedad para las personas, como una forma de ocupar ese tiempo vacío de contenido. Me pregunto dónde queda el sujeto en estas prácticas. ¿Acaso no pasa a ser objeto de quien conduce esa práctica? ¿Es una verdadera experiencia artística para una persona que tiene un padecimiento mental ir obligada a un taller? O quizás, porque un/a profesional, con buenas intenciones, la derivó para que esa persona conecte con algo de su salud.

En resumidas cuentas, tenemos por un lado la derivación casi automática, y por otro, la persona con padecimiento mental participando como zombie en un taller que no eligió y una porción de la sociedad se queda tranquila porque esa persona deja de ser un/a enfermo/a y pasa a ser un/a artista; más si se piensa que una persona que tiene padecimiento mental por el sólo hecho de ir a un taller de arte ya es un artista. Cada uno/a de los/as que lee este escrito tendrá argumentos para

defender estas derivaciones, porque en definitiva dejan más tranquilo/a al/a la profesional y la familia, que en los casos en que la persona con padecimiento mental es abandonado a su suerte.

A esta altura la pregunta obligada es: ¿qué podemos hacer?

Escuchar. Lo más importante en nuestro trabajo es escuchar, tener en cuenta el deseo y la palabra del otro. Parece una obviedad, sin embargo, no lo es, porque solemos echar mano a lo que se ofrece como actividades artísticas en vez de escuchar a la persona en todas sus facetas. Ese es el camino que nos lleva a encontrar en el arte una herramienta válida para cada persona. Es el camino marcado por la práctica de la salud mental comunitaria. Valoramos en todos los sentidos posibles las relaciones interpersonales que el sujeto conserva, y sabemos que seguramente allí se dará el primer cimbronazo en el que resuene el “síntoma”. Atender solamente los síntomas, expresados a través del delirio, alucinaciones, excitaciones, intentos de suicidio, depresiones, etc., no resuelve el problema. Es necesario escuchar, sostener y cuidar con todas las herramientas que estén a nuestro alcance, y por sobre todas las cosas, trabajar el contexto, el entorno donde esa persona con padecimiento mental vive.

El modelo de atención comunitario

Al hablar de modelos de atención nos referimos a las formas de organizar recursos para enfrentar determinados problemas. Como sabemos, en salud mental hay dos modelos en pugna: el clínico asistencial y el comunitario. El primero, el tradicional, sostiene una modalidad basada en el hospital psiquiátrico, donde en general las personas con padecimiento mental aparecen representadas con conceptos sociales negativos como “el paciente es peligroso, incapaz, irrecuperable”, lo que deriva en que puedan ser aisladas o motivo de prácticas restrictivas. Este modelo clínico además responsabiliza muchas veces a la persona con padecimiento por la falta de evolución positiva, en vez de ver qué nos faltó recorrer. Todo esto no es casualidad. Es un modelo que visualiza a la persona como incapaz de evolucionar. Le pone un techo en lugar de pensar que es justamente el modelo de atención el que se tiene que modificar. El modelo comunitario conlleva una mayor accesibilidad a la atención y la no vulneración de los derechos de las personas con padecimiento mental. Es un sistema que no contempla solamente el cierre del hospital monovalente sino que implica cambios en sus componentes: la política, la organización de los servicios, los modelos de atención, los recursos presupuestarios y la formación de los recursos humanos, la sensibilización de la comunidad y, por supuesto, las leyes. En

la provincia de Río Negro de la República Argentina contamos desde 1991 con la Ley de Salud Mental N° 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Sufrimiento Mental, conocida como ley de desmanicomialización¹, y desde 2010 con la ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones.

Un componente para tener en cuenta en el modelo comunitario es la organización de los servicios; cada lugar tiene que tener su propio sistema: un hospital general en el que se puedan internar los casos agudos, un centro de atención primaria, una empresa social, un alojamiento en caso que la persona carezca de vivienda, un centro recreativo cultural y todos los dispositivos con base territorial necesarios para una mejor inclusión social. Los recursos sanitarios mencionados son una parte de las ofertas que nosotros podemos gestionar, pero no son los únicos. Es necesario el trabajo intersectorial para que la persona retome su vida habitual anterior a la crisis.

Nuestro primer objetivo es no sanitizar a la persona con padecimiento mental sino valorar la fortaleza de su vida e identificar la riqueza de la comunidad a la que pertenece. Es decir, trabajar el contexto, conocer con qué familia, amigos, amores y lazos sociales puede contar. Además, apuntar a que cada persona viva como desea vivir, sola o con su familia. Otro componente clave en el modelo comunitario son

los recursos humanos, que deben estar formados bajo el imperativo categórico de nuestra época: la inclusión social. Creemos que hay un déficit al respecto en la formación universitaria y en la generalidad de las prácticas de grado, que están más orientadas a suprimir el síntoma y a la descripción sintomática. No alcanzan estos elementos para acompañar la vida de una persona que necesita volver a su vida habitual. Muchas veces, con el modelo clínico asistencial se produce un corte con aquellos lazos sociales a los que nos referíamos, que son indispensables para su recuperación. Ofrece un dispositivo en donde a la persona con padecimiento se le brinda casa, comida y medicación a costa de su libertad, sus derechos, su elección de vida. Hay que cambiar también las expectativas de todos nosotros. La evolución, en un sentido amplio, de quien presenta un padecimiento mental, no está dada por la variable psicopatológica sino por todas las estrategias de abordaje que somos capaces de ofrecerle a esa persona: estrategias sanitarias, sociales, culturales, laborales, educativas. “Cuando los actores tienen esperanzas positivas, cuando no le ponemos un techo a esa persona con algún padecimiento mental, esa persona va a evolucionar favorablemente” (Natella, 2017).

En la provincia de Río Negro contamos con muchas experiencias al respecto, y en todas es muy importante lo que llamamos el “trabajo en red”. Descubrir esos lazos,

en algunos casos construirlos, es el sostén, el apoyo, no sólo cuando la persona atraviesa una crisis sino en la comunidad, en su vida cotidiana. Si bien desde el primer momento en que una persona toma contacto con el área de salud mental del hospital visualizamos la trama de todas las estrategias posibles, los dispositivos son los que están más cercanos a la comunidad y pueden generar el trabajo en red.

Un camino abierto al arte

En la ciudad rionegrina de San Carlos de Bariloche funciona desde 2008 el Centro Cultural Comunitario Camino Abierto, dependiente del Hospital Zonal. Destinado a personas con padecimiento mental y la comunidad, tiene actividades culturales, deportivas y laborales gratuitas. En un lugar donde no hay más manicomios desde el año 1988, Camino Abierto se ha constituido en un dispositivo que reproduce la vida en comunidad, donde lo importante es el crecimiento que aporta a la persona el hecho de compartir un espacio con otros. Se valorizan los grupos informales como las mateadas, compartir el almuerzo, cumpleaños, salidas y excursiones, por considerarlos sostenedores, generadores de pertenencia e identidad.

Dentro de las acciones que llevan adelante los/as trabajadores/as de la salud mental, con el objetivo de promover una mejor calidad de vida para las personas con

padecimiento mental, están las de mantener reuniones con la familia, gestionar pensiones, apoyar el trabajo temporario e incluir el trabajo productivo de diferentes emprendimientos. Todas las actividades están orientadas a acompañar, apoyar y promover las capacidades de las personas, ampliando lo máximo posible el abanico de posibilidades de inclusión social.

Si bien hubo resistencia por parte de la comunidad en la apertura del Centro, podemos decir que hoy la inclusión de los/as usuarios/as con vecinos/as, familias y trabajadores/as ha sido exitosa. Creemos que cuidar no es dejar sola a la persona que presenta un padecimiento mental sino brindarle herramientas que nos permitan entre todos armar una red de contención y lograr así una mayor participación en todas las dimensiones de su vida social.

Sin duda el afecto y la confianza son indicadores que se destacan en el entramado. Es gracias a la participación comunitaria² de los talleristas, familiares y trabajadores de Camino Abierto que esos sentimientos de cooperación, confianza y solidaridad fueron creciendo y entretejiendo historias y vínculos saludables.

En este entramado las herramientas artísticas fueron el eje del trabajo porque favorecen la comunicación, la expresión, el encuentro, el descubrimiento interior y la posibilidad de modular un cambio. Es central en este sentido lo interdisciplinario y la incorporación al

equipo de salud de otros saberes, sobre todo del ámbito de la cultura.

Es importante destacar en el contexto de la pandemia de COVID-19 fueron los talleres de expresión artística los que sostuvieron un lazo amoroso y una intensa participación de las personas que concurren a Camino Abierto. Podemos hablar así de “La Mariposa”, un programa semanal de dos horas que se emite por la radio los Coihues Bariloche, del que participan las personas que van al centro con diferentes consignas, talleres, experiencias, reportajes, radios teatros, músicas, y de “Mala Praxis”, la compañía de teatro del Centro. Mención especial merece “Chau bicho”, el grupo de WhatsApp instrumentado desde el comienzo de la pandemia como espacio que aloja y construye una trama grupal sobre la ya existente. Partió del grupo que ya existía, que tiene mutua representación interna de sus miembros, que se sabe y se siente grupo. Hay un encuadre y una modalidad de trabajo en los talleres de Camino Abierto que los integrantes de “Chau bicho” conocen y practican desde hace años. Eso permitió que la iniciativa fluyera rápidamente y los talleristas pudieron mandar las respectivas consignas de trabajo, que fueron seguidas por los/as integrantes de cada taller. “Chau bicho” es un modo actual de tratamiento en la vida cotidiana, el grupo actúa como sostén de identidad y reforzando la pertenencia.

Bibliografía

Basauri, V. (2005). *Desarrollo y consolidación de la red de servicios de salud mental, en atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos.* Washington: OPS.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma de salud mental en Río Negro.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Elvira, M. (2019). La batalla contra el estigma. En J. Schiappa Pietra et al. *La Brancaleone II.* Río Negro: Kuruf.

Fubini, E. (1988). *La estética musical desde la Antigüedad hasta al siglo XX.* Madrid: Alianza.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Por una crítica de la razón psiquiátrica.* Buenos Aires: Paidós.

Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad.* Washington: Paltex.

Natella, G. (2017). Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En *Salud mental, comunidad y derechos humanos.* Grupo de trabajo en Salud Mental Comunitaria Universidad de la República, Uruguay. Montevideo: Psicolibros Universitario.

OMS/OPS-UNICEF (1978). *Declaración de Alma-Ata,* Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6 al 12 de septiembre. Disponible en <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaracion-dealmaata.html> [consulta, marzo de 2020].

Notas:

¹ En 2018 se promulgó la Ley N° 5.349, de adecuación de la Ley N° 2440, que respetando los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, conserva el espíritu de la reforma rionegrina.

² Proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario” (Declaración de Alma-Ata).