

La brecha en el hacer comunitario: el arte como recurso

Intersecciones: cultura, salud mental i inclusió

5 de octubre de 2011

Sant Boi de Llobregat.

Dr. Manuel Desviat

El quehacer comunitario y el arte. Estas son las dos cuestiones de las que voy hablar: del arte y del trabajo de los profesionales de la salud mental, de los trabajadores comunitarios en general. De lo que puede aportar el arte a nuestra manera de entender la enfermedad mental y de las dificultades y desafíos, de las brechas abiertas hoy en el quehacer de los profesionales de la salud mental. Del arte como recurso frente la cerrazón reduccionista y simplista que se está imponiendo con el triunfo del utilitarismo neoliberal; el arte en cuanto la creatividad impone la diversidad, la indagación y la flexibilidad necesarias en nuestros campos de actividad.

Voy a tratar del arte y salud mental, sin entrar en el debate de si la locura favorece la creación o hasta qué punto la imposibilita. Creo que cuando se liga la locura al genio se habla de la obra de grandes artistas, que han realizado obras geniales, ya sean pintores, escritores, músicos, bailarines. Creo que en estos casos, el ser enfermo mental o no serlo, es una referencia más a tener en cuenta junto el valor de la obra. Nada más. Sea el arte no profesional, el Art Brut, que desde Dubuffet se relaciona con los enfermos mentales, o sea un arte académico.

Ha habido hombres geniales a quienes su obra ayudó (personas con esquizofrenia como Arthur Bispo, Aloisse..., representantes de ese arte no académico, a quienes ayudó y destruyó (el escritor Antonin Artaud o el pintor Van Gogh) y a quienes impidió proseguir su obra, como al bailarín irrepentible Vaslav Nijinski que tenía 29 años cuando, debido a su enfermedad, tuvo que dejar de bailar.

Se puede ser loco y genial, pero la locura no es genial.

Pero lo que nos importa hoy aquí, no es el arte de los genios, sean o no enfermos mentales, lo que ahora nos importa es de qué manera la expresión artística puede ayudar a los pacientes, y a los profesionales de la salud mental, a los trabajadores de la acción social; cómo puede movilizar sus pulsiones, sus deseos, mover sus miedos, sus angustias, expresar relatos semiocultos, inconscientes; cómo puede ayudar, en cuanto moviliza sentimientos; pone en escena la interpretación y la producción de lo simbólico.

Y como puede ayudar más allá de una intervención concreta de arteterapia o cualquier otra forma de intervención técnica apoyada en el arte. Ahora, nos importa el hecho de que el arte congrega a la imaginación, nos lleva a otra forma de entender el mundo. Nos acerca a lo que celosamente queremos dejar fuera en nuestro quehacer escudándonos en protocolos, guías, mediaciones, test, medidas normalizadoras y disciplinarias. Nos acerca a lo que dejamos fuera por no técnico, por no científico: el mundo de los sentidos, de lo concreto, de los mitos, de las leyendas y los sueños que nos constituyen. Nos acerca a lo que en verdad constituye el síntoma, (ese síntoma por el que los psiquiatras diagnosticamos), pues el síntoma se constituye con la biografía del paciente, con sus deseos y miedos, con los deseos y miedos que ha heredado de su cultura, que se interrelacionan con sus vulnerabilidades neurofisiológicas y con la configuración de su armadura cerebral.

La depresión, la manía, el delirio, la obsesión, se hace enfermedad según el imaginario colectivo del grupo social al que se pertenece. No es como muchos pretenden hoy una simple falla neurofisiológica, un accidente biológico, cuyo contenido es poco o nada relevante; pretensión que descose al sujeto de su historia. Hace tiempo que se sabe, desde la antropología, desde la etnopsiquiatría, desde la sociología y la salud pública, que es la comunidad la que tiene los criterios de lo normal y lo patológico. Convertido el síntoma en solo biología, en solo armadura, en solo cuerpo, nada importa la palabra del sujeto, y sin palabra del sujeto enfermo, poco queda de la razón de ser de la psiquiatría, de la psicología. (Desviat M, 2010)

Lo nuestro no es amor, son catecolaminas narra un chiste de El Roto.
Nos queda una psiquiatría descreída, vendida a los mercados, que olvida su origen.

Pues la psiquiatría surge con la Ilustración, en estrecha confluencia con la filosofía, con el arte, con la cultura, en tiempos revolucionarios que creen en el conocimiento como fuente de progreso. Basta leer a Pinel, al que se considera fundador de la psiquiatría, en los años de La Revolución Francesa, y a los primeros psiquiatras, los alienistas; leer sus historias clínicas y sus tratamientos, centrados en las pasiones, en una psicopedagogía moral, leer sus observaciones, fundadoras de la nosología psiquiátrica, tan olvidada hoy.

En este sentido, una líder de la enfermería psiquiátrica brasileña, país que está realizando una de las más importantes reformas psiquiátricas del momento, con un modelo de salud colectiva, participativo, comunitario, señalaba recientemente que “los cambios de mentalidad en un oficio eminentemente práctico como es la enfermería no pasan solo por cursos de actualización o de especialización, sino fundamentalmente por crear una nueva sensibilidad y creatividad a partir del trabajo cotidiano, a través de una nueva manera de ver al paciente y a su entorno”.(Milyus Rocha R, 1994)

La cuestión es que hoy en nuestra práctica, en la práctica de los profesionales de la salud mental, y en general, en la práctica de los trabajadores de lo social, contamos con programas y saberes técnicos más eficaces que nunca, pero al tiempo somos más ignorantes que nunca sobre el por qué de las enfermedades mentales, de la psicopatología, más ignorantes que nunca sobre la base teórica que sustenta nuestro quehacer. Es un mal de la época que huye del pensamiento ilustrado. Nos importa cómo hacer funcionar las cosas, no su razón de ser, su por qué. La práctica se desliga de la teoría, y lo que es peor, se separa el cuerpo de los sentimientos, la mente del cerebro. Pues como señalaba hace unos días en una jornada, en Ourense, sobre *El saber y la técnica*, las personas hoy no quieren saber, ocultan en su no saber utilitarista, en su seducción por lo real, su alienación, su miedo y su responsabilidad.

Mas cómo dice la enfermera brasileña, el trabajo de un profesional de la salud mental, no se puede encuadrar solamente en una actividad instrumental, técnico sanitaria, el trabajo de un profesional y de un equipo comunitario tiene que actuar simultáneamente sobre el trastorno mental y sobre el imaginario que sostiene la

representación social de la enfermedad y del sistema de cuidados. Su campo es la técnica, pero una técnica que se engarza con el estudio de la necesidad, y de la demanda, en una praxis interdisciplinar que tiene que reinventar continuamente las formas de abordaje individual y poblacional.

Esta manera de entender la atención en salud mental se introduce con el modelo comunitario:

- que no entiende el paciente sin su entorno, su familia, su barrio.
- que no centra el tratamiento solo en la consulta y en la hospitalización
- que trabaja en red y con continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos sanitarios y sociales.
- Que discrimina positivamente a los grupos más frágiles, en cuanto cuida la equidad.
- Y que es un modelo que precisa del trabajo en equipo, del trabajo interdisciplinario
- Y que no vive la comunidad solo como usuaria sino como partícipe de la actividad comunitaria.

Y aquí surge un problema apenas resuelto en los procesos de reforma llevados a cabo en nuestro país: ¿cómo se configuran los equipos? y ¿qué entendemos por equipo? El trabajo en equipo yo no lo entiendo de estamento a estamento, en una organización escindida y vertical. Por un lado los médicos, por otro la enfermería, por otro los trabajadores sociales, por otro lado la gestión, y más allá, con escasa implicación, los pacientes y su entorno. Para mi el equipo, sea en una unidad de agudos, sea en un centro de salud, sea en una unidad de rehabilitación, o sea un centro base de atención social, debe constituirse en **sujeto**, en **agente terapéutico**, en cada espacio de actividad, como una agrupación, no como elementos seriados comunicados por falsos intereses gremiales, esclavos de una organización piramidal y obsoleta. Su actividad tiene que ser una acción, una praxis, que sea la suma de todos, por mucho que respete los diferentes oficios y considere las competencias de cada uno. No puede ser, como es habitual, una actividad compartimentada burocráticamente como los diferentes cajones de un armario cuyas llaves estén en poder de un jefe. Tiene que haber una reflexión común que

compromete a todo el equipo en la investigación y la docencia, en lo que se hace. No como es habitual hoy: que unos hacen asistencia, sin tiempo para otra cosa, y otros hablan o escriben de su trabajo o peor aún de un trabajo que ni siquiera conocen.

Pues el gran problema de la salud mental hoy, no es solo el mal hacer de algunos gobiernos, la privatización en ciernes, o la escasa competencia de los gestores, reclutados gracias a otras sumisiones, el problema está también en nosotros:

- ¡Cuántas veces, tras la fachada comunitaria se oculta una práctica convencional, conservadora, como la que se critica de reduccionista o biológica! Como la que se critica por asocial.
- Cuántas veces se confunde lo comunitario con estar fuera de un hospital o de una gran Institución Residencial; y la rehabilitación de un centro de día con hacer cestos o alfombras.
- Cuánto de espacio terapéutico, de espacio de trabajo clínico hay en las apresuradas y compartimentadas Unidades de hospitalización breve. O la actividad de una Unidad de Rehabilitación, ocupada en disciplinar la vida del paciente, según los criterios de la vida de los profesionales.
- Cuántos programas están pensados para la comunidad, no en la comunidad o, mejor dicho, con la comunidad, sea la comunidad de un territorio sea la comunidad de un centro o servicio o un colectivo de ancianos institucionalizados.
- Cuántas veces el protocolo o la guía sustituye la indagación y el encuentro personal o nuestra necesidad de éxito a la calidad de vida del paciente.
- O bien obsesionados por una idea propia de lo que es la normalidad obstruimos el desarrollo normal de la persona que atendemos.

Hay que dejar claro qué es y no es trabajo comunitario. El trabajo comunitario es otra forma de trabajar, es una práctica donde la comunidad pasa de ser usuaria a participante en el proceso. Donde el profesional, el equipo, el paciente y su entorno se involucran en el hacer terapéutico.

El trabajo comunitario es un nuevo escenario donde las fronteras psicopatológicas se abren. Un nuevo escenario donde no es posible ya actuar con los principios de una psicopatología hecha en Academias; hecha entre los muros de los manicomios o los hospitales generales, en completo aislamiento de la vida cotidiana, de las pasiones que perturbaban –como decían los primeros psiquiatras-; hecha sin que cuente demasiado la palabra de las personas aquejadas de trastornos mentales. Y en ocasiones, como en el actual positivismo, ni tan siquiera su biografía.

En el trabajo comunitario los límites de la psicopatología se abren a la comunidad, a las patologías sociales y de la convivencia, a las vulnerabilidades de las poblaciones. Supone una clínica ampliada, centrada en el cuidado y la ciudadanía, donde se articula un eje clínico con un eje político. Una clínica ampliada donde hay un cambio en el beneficio, en el objeto terapéutico.

Y en este nuevo escenario, el sujeto de la acción terapéutica, el profesional y el equipo tienen que formarse para un abordaje terapéutico en una comprensión del proceso salud enfermedad que incluye valores sociales, culturales, éticos, de política sanitaria. Un abordaje terapéutico en el que los pacientes tienen que participar activamente en el trabajo de reparación, de cura o recuperación. Un abordaje que implica unos conocimientos, que antes eran propiedad exclusiva de los técnicos, y que ahora tienen que compartir sus límites.

Y en este sentido es importante tener en cuenta los cambios que se están produciendo en todo el mundo en la demanda social sanitaria y social, sobre todo en las sociedades democráticas desarrolladas, donde la ciudadanía empieza a jugar un papel cada vez más importante a la hora de la definición de las necesidades y en la creación de servicios para satisfacerlas. Donde los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales.

Presión ciudadana, aunque solo sea a través del voto, que va a condicionar, para bien y para mal, la expresión de la necesidad, la demanda. Para bien y para mal en cuanto la demanda, está influenciada en el usuario por la medicalización de la sociedad y por un imaginario social llenos de prejuicios. Participación indispensable si queremos hablar de atención comunitaria, pues ¿cómo hablar de trabajo comunitario en ausencia de comunidad? En ausencia de una comunidad con la que hay que negociar, como hay que negociar con cada paciente el proyecto terapéutico.

La cosa es, y esto está en nuestro desagravio, que para trabajar en un modelo comunitario hace falta algo más que profesionales comprometidos. No es solo la voluntad de los profesionales la que estable el marco de posibilidades de un modelo u otro, con ser importante su capacidad de decisión. Aquí hay un problema de gestión de los sistemas del bienestar, del sistema sanitario y social, de organización de la docencia y la investigación, de los contenidos de los currícula profesionales, de las normativas reguladoras de la práctica. El poder político y sus gestores hablan, por ejemplo en Madrid, de atención comunitaria, cuando están dejando la atención sanitaria y social a entidades en las que el lucro sustituye a la solidaridad; constructoras, gestoras de capital de riesgo que ahora se refugian en la seguridad del contrato público; cuando escasean los programas comunitarios, cuando crecen de nuevo una larga estancia manicomial y hasta se conciertan de nuevo camas fuera de la Comunidad de Madrid, como en tiempos anteriores a la reforma psiquiátrica; como en tiempos de la dictadura. Hablan de salud comunitaria cuando la docencia y la investigación se deja en manos de la industria farmacéutica, cuando se eliminan las Áreas sanitarias, estructura imprescindible para una atención próxima, concedora de la población; cuando se habla de libertad de elección, de movilidad en toda la Comunidad, y en realidad se habla de libertad de capitales, de la libertad de las empresas, de la libertad del Capital para circular por toda la Comunidad. Cuando se acallan las voces críticas, y esta va a ser una de las mayores servidumbres de la privatización

Aquí hay una responsabilidad institucional, de los gestores de lo público, una responsabilidad política, sin obviar como decía hace un momento una responsabilidad personal, y sobre todo una responsabilidad ciudadana. Pues, como

señalaba Thomas Szasz, un conocido antipsiquiatra norteamericano, la primera decisión ética de un profesional sanitario es la opción de elegir el tipo de sanidad en que prefiere trabajar. Qué modelo de sanidad, que en el fondo supone un modelo de sociedad.

Esta opción, como horizonte personal y como propuesta sanitaria, va a definir el talante cívico, político y moral del profesional. Va a definir el talante moral del profesional, así como el de la comunidad y el de la sociedad toda, porque los enfrenta con la financiación y distribución de los recursos de una de las necesidades más básicas del ser humano: el mantenimiento de la salud y las posibilidades de afrontamiento de la enfermedad, la discapacidad y la muerte.

La manera cómo una sociedad afronta las desigualdades, las enfermedades y las discapacidades, define el tipo de organización social y su talante moral; define los modos de hacer del Capital, pero también el tipo de implicación de los ciudadanos en la gestión de lo común, así como el tipo de respuestas técnicas que los profesionales sanitarios consensúan frente a las demandas de las poblaciones. Y esto que es determinante en toda la sanidad, lo es mucho más en la psiquiatría por su extrema dependencia de las políticas sociales y por su fragilidad técnica, fácilmente ideologizada; fragilidad que hace a la salud mental, a la psiquiatría, a la psicología, muy vulnerables ante el poder político.

Para terminar: la edad que ahora acaba, surgió en la creencia de que el conocimiento, la ciencia y la técnica, la educación y el esclarecimiento, harían posible un mundo basado en la razón y en el progreso. Un mundo abierto a la aventura del descubrimiento, a la complejidad laica del mundo. Pero el hombre de hoy no quiere demasiado conocimiento: le basta lo real. **El esto es lo que hay**, que dice el colectivo **Espai en blanc** (Espai en Blanc, 2011). Se ha perdido la necesidad de encontrar sentido a las cosas, a la propia existencia, que incitó la curiosidad, la inquietud intelectual, que ha hecho posible la civilización. El hombre de hoy oculta en su no saber los miedos atávicos, la culpa y la responsabilidad. Los libros de autoayuda sustituyen a los libros de ensayo. La cultura es un adorno, y el kitsch pervierte el arte en los mas media. Arte consumible, como todo: es en el consumo donde se encuentra el sentido de la vida.

Nos invade la factoría Disney .

Hoy la ciencia, como el arte, se convierte en producto útil para ese misterioso poder absoluto en que se han convertido los mercados. Hoy la financiación de los saberes, de la cultura y el arte está orientada por el utilitarismo, por la ganancia, son mercancía. Y se descarta lo azaroso, la creatividad. Lo que Javier Peteiro (Peteiro Cartelle J, 2010) llama en su libro *El autoritarismo científico* ensoñación de posibilidades, que está en la base de los grandes descubrimientos, que para ser, tuvieron que salirse de los programas de investigación que les trababan. Peteiro llega más lejos afirmando que mientras no se tenga en cuenta el valor del inconsciente, la historia de la ciencia será un constructor muy ajeno a la realidad por la que rige se rige el avance científico, en clara referencia a la importancia del deseo personal del investigador, de la imaginación y de su propia biografía en la creación científica.

Acabo con algunas consideraciones y unas pocas propuestas para romper el **esto es lo que hay, y el todo vale** que nos domina:

En primer lugar, hay que asumir el riesgo de defender en lo que se cree: no se trata de renunciar, por mucho que los tiempos no nos sean propicios. La ciencia y la cultura, siempre han tenido amos, pero también siempre ha habido personas y colectivos que desobedecían a lo amos. Múltiples experiencias en estos tiempos poco propicios lo demuestran: como las que se anuncian en el programa de esta jornada, como lo demuestran otras experiencias que ahora mismo se están dando de intervención artística, como las 19 ventanas, 19 modos de ver recogidas en el libro de Angeles Carnacea Cruz, *Arte, intervención y acción social*, publicado por la editorial Grupo 5, este año (Carnacea Cruz A y Lozano Cámara A (Coords.), 2011), o las recogidas en *Multitud singular, el arte de resistir*, que se presentaron en 2009 en el Museo Reina Sofía de Madrid (Sichel B (ed), 2011). Por poner unos ejemplos. Como lo demuestra el hecho que en los lugares donde la población ha hecho suyo un modelo comunitario, se hace mucho más difícil su retroceso.

Esto me lleva a las propuestas:

- Hay que superar en nuestro quehacer la escisión cuerpo mente, ciencias de la naturaleza y del espíritu, reincorporando a la ciencia los datos de los sentidos, de las emociones, rompiendo la estulticia del reduccionismo biológico convertido en verdad canónica.
- Una escisión que deja fuera todo un universo de significados que no se ajusta a la lógica de las ciencias exactas. De ahí la importancia de la mirada artística.
- No creer que todo vale. Hay que tener una idea de lo que hacemos, y comprometernos con ella.
- Hay que tener en cuenta el derecho del paciente mental a ser distinto y no ser por ello marginado de la vida social. La normalización no puede sostenerse sin respeto a las diferencias y el tratamiento de los trastornos mentales no puede ser a cualquier precio para el paciente.
- Sea cual sea nuestro margen, nuestras posibilidades de actuación, no podemos ignorar que el cuidado de la enfermedad mental, del sufrimiento psíquico, exige un planteamiento ético. Un sujeto moral. Sabiendo que en los mercados no hay espacio para el sujeto en cuanto sujeto ético.
- Hay que recuperar términos, palabras como compromiso y responsabilidad, que contienen valores que cimentaron el progreso de la humanidad.
- Reivindicarlos entre tanto fraude social, tanta idiocia política e indignidad empresarial, y tanto pacto cobarde con la vida.
- Sin dignidad, como señalaba Jean-Paul Sartre, en su famoso prólogo a *Los condenados de la tierra*, la humanidad se deshumaniza, no entiende del cuerpo y sus afectos, es pura animalidad.

Muchas gracias.

Reference List

1. **Carnacea Cruz A y Lozano Cámara A (Coords.) (2011)** *Arte, intervención y acción social*. Barcelona: Grupo 5.
2. **Desviat M (2010)** Síntoma, signo e imaginario social. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*, vol. XXX, (Enero-Marzo), n.º 105, 125-133.
3. **Espai en Blanc (2011)** *El impasse de lo político. Materiales para la suversión de la vida*. Barcelona: Espai en Blanc y ediciones Bellaterra.
4. **Milyus Rocha R (1994)** *Enfermagen psiquiátrica. ¿Que papel é este?* Río de Janeiro: TeCorá.
5. **Peteiro Cartelle J (2010)** *El autoritarismo científico*. Málaga.
6. **Sichel B (ed) (2011)** *Multitud singular. El arte de resistir*. Madrid: Museo Nacional Centro de Arte reina Sofía.