

Salud mental y enfermería psiquiátrica: contribuciones para la resocialización de la persona en sufrimiento psíquico

Cristina Maria Douat Loyola¹

1. Profesor Titular (Jubilado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Miembro del Cuerpo Docente Permanente de la Maestría en Gestión de Programas y Servicios de Salud de la Universidade CEUMA. Profesor invitado de la Maestría en Salud Mental del Instituto de Psiquiatria/IPUB. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil.

Somos favorables a que nuestros pacientes pasen de un lugar a otro, un lugar mejor, siendo más felices (si son normales, resocializados, o rehabilitados, no lo sé), y lucharemos por ese objetivo y con los medios que disponemos (la red de salud mental/Red de Atención a la Salud Psicosocial - RAPS; y los demás lazos sociales). Necesitamos tener alguna salud mental, ya que no existe salud sin salud mental. El trastorno mental grave tiene fuerza para bloquear la armonía del funcionamiento de órganos perfectos, y de su capacidad para sostener la vida. Los pulmones que oxigenan, riñones que filtran, corazón que bombea, pueden componer un individuo biológicamente sano, pero que puede no soportar salir de la cama, salir de la casa, salir a la vida, salir de dentro del dolor, porque está deprimido, y puede, incluso, cometer suicidio. Somos más que la suma de sistemas biológicos sanos y funcionales. En esta perspectiva, tener salud mental, puede ser definido también como caber en la vida, y algunos lo logran con largueza, otros, con mucha dificultad. Es en esta mirada que vamos a discutir el título de este ejemplar de la revista, "Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica: contribuciones para la resocialización de la persona en sufrimiento psíquico". El título es cuidadoso, al usar re-socialización en lugar de rehabilitación, esas palabras incentivadoras al rendimiento que suscitaban discusión en el campo de la salud mental. De todos modos, conservamos un cierto pecado del prefijo "re", que siempre remite a la búsqueda de algo que ya se ha tenido, o que debe ser re-tomado, o re-vivido, expectativa temible cuando se trata del sufrimiento psíquico o de la enfermedad mental. Porque se lleva en torno a diez años, desde los primeros síntomas de enfermedad mental o de sufrimiento psíquico, hasta la llegada en un lugar de atención en salud, y en este camino, la vida de relaciones, esta misma de lo social, del sentimiento colectivo, de la solidaridad, se va moldeando y empobreciendo.

Entonces re-socializar, en este foco de análisis, carece de cronología inicial. ¿A partir de qué momento la socialización era buena y debería ser retomada? Por este motivo, la re-socialización debe asumir carácter de intervención clínica en el sufrimiento psíquico, socialización permanente, y es algo que debe estar por dentro de la acción de cuidar, como guía terapéutica, y no como algo opcional, o sólo para pacientes con largo tiempo de diagnóstico. Y debemos tener el cuidado de mirar hacia lo social, hacia lo colectivo, sin perderse en los intrincados medios. Estoy hablando de acciones colectivas de entretener, de talleres de mantener ocupado, dentro del discurso de la Psiquiatria. Como dice Saraceno:¹ es la ruptura del entretenimiento, la indisciplina de la vida, que tiene acciones dotadas de mayor eficacia transformadora de la vida de los sujetos. Vale para cualquier sujeto, cualquiera de nosotros, no "ellos", solamente. De hecho, micro rupturas de un menú de pequeños entretenimientos son que pueden abrir y mostrar fuentes de recursos y modos de operar hasta entonces inimaginables.

¿Y nosotros de la enfermería, qué podemos hacer? Bueno, trabajar en enfermería psiquiátrica es interesarse en todo lo que antes era considerado "no científico". Es un equipo que apuesta que algo puede moverse de la inercia, que la repetición puede tener fallas, y que trabajamos siempre en lo que el sujeto tiene, y no en lo que le falta, de ahí porque debemos trabajar a partir del síntoma y no de la eliminación del síntoma. Somos una cierta contramedida del discurso de la medicina basada en evidencia, y eso produce mucho incómodo e incertidumbre. Esta solución, posible para el sujeto, el síntoma, no es el síntoma de la clínica quirúrgica, a ser anulado, sino una cuestión a ser reflejada. Quien ordena el cuidado, es el sujeto, nosotros secretaríamos, produciendo un tratamiento paradójico, porque el tratamiento sólo camina, si falla: "eso ratea, eso falla, eso anda...", es así que opera el psíquico. Y cuando el síntoma se vacía, no quiere decir CURA, porque de hecho no existe, en el psíquico, un lado exterior, donde se pueda echar fuera lo que no presta. Como afirma Estamira,² no existe un "lado de afuera" en el psíquico, un tipo de basura, y hay que aprender a convivir con esta precariedad.

El síntoma existe para ser operado y no eliminado, y lo que una persona dice no es igual a lo que ella declara. Para nuestra clínica de cuidar, el síntoma es hecho de mensaje cifrado y de placer, y es lo mejor que el sujeto logró hacer para él, el amarre posible. No se trata más de decidir lo que el otro (cliente, familiar) debe hacer, sino apropiarse de la tarea juntos, lo que implica intimidad, contacto cercano y cotidiano. Y tener intimidad, no es lo mismo que ser íntimo y aquí tenemos otro reto. El profesional de enfermería está formado para intervenir, decidir, determinar, y enfrenta en la enfermería psiquiátrica, con un trabajo que implica cotidianamente en negociar, combinar, concretizar contratos, renegociar y responsabilizar. El cuidado debe ser determinado a partir de las características de las personas cuidadas, y de la capacidad de los cuidadores para utilizar lo que aprenden con ellas. Por lo tanto, es el resultado de un aprendizaje permanente, como punto de amarre, y esto es lo opuesto de lo que generalmente se enseña en salud.

La definición de que la salud no es sólo ausencia de enfermedad nos obliga a explorar el significado de este anunciado. Implica que, cuando hay enfermedad, no hay forzosamente, pérdida de toda la salud, sino alteración, modificación. No es todo o nada. Es importante aprender a utilizar lo que queda de la salud, es decir, las capacidades de vida, para luchar contra la enfermedad, en lugar de centrarse únicamente en la propia enfermedad. Tenemos que contarnos con cinco cuestiones: No hay coincidencia total entre locura y enfermedad; La peligrosidad, como instancia diagnóstica, puede fallar, sobre todo

en la Atención Básica; Enfermedad mental es una experiencia humana, lo que difiere es la profundidad y la extensión de esta experiencia; Enfermedad mental tiene tratamiento y cura (el 50% cura, 30% necesitan protección para la vida "normal", 20% de la evolución severa y crónica); Nadie va a dormir normal y despertarse loco, hay rastros. Cuidar, en enfermería psiquiátrica, exige una posición más vacía, es diferente de la "compulsión en cuidar", que ya nos llevó a cabezas raspadas en los hospicios para "prevenir" pediculosis. Es una asociación de trabajo en equipo que se forma por la labor, y una goma imaginaria de grupo (que se contrapone al corporativismo). Cuidar aquí como un saber que sale del saber expuesto - de teorías y técnicas, para el saber supuesto - el sujeto como potencia.³ Donde el *a priori* del saber científico, debe colocarse entre comillas, para destacar los elementos proporcionados por el sujeto, saliendo del lugar común. Cuidar de la vida, de ese infinito hilo. La atención, es la mejor de las solidaridades.

REFERENCIAS

1. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Te Corá; 1999. 176 p.
2. Juhas RT, Santos NO. Ainda em cartaz, Estamira: A psicanálise nas telas do Cinema. Rio de Janeiro, Estud Psicanal [internet]. 2011 Dec; [cited 2017 May 14]; 36:157-64. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300015
3. Rocha S, Loyola CMD, organizadores. Cuidando do Futuro: Redução da mortalidade materna e infantil no Maranhão. 1ª ed. Belo Horizonte: Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento; 2012. 304 p.