

PRIMERAS JORNADAS INTERINSTITUCIONALES SOBRE COMUNIDADES TERAPEUTICAS¹ (1989)

CONCEPTOS BÁSICOS²:

1.- **COMUNIDAD:** Grupo de personas unidas entre sí por un factor común a todas ellas (creencia religiosa, ideas políticas, actividad científica, barrio... un interés común) que incluye un tiempo y un espacio compartidos.

2.- **COMUNIDAD TERAPEUTICA:** Grupo de personas unidas entre sí por un factor problemático común a todas ellas y con un interés compartido por modificar ése factor a través de su participación en actividades destinadas a ése propósito.

2.1.- Para García Badaracco³ constituye un ambiente multifamiliar sustitutivo de la familia de origen *“que de alguna manera condicionó su enfermedad”*, *“en donde en un neo-desarrollo, pueda hacer los progresos y las recaídas necesarias hasta alcanzar una estabilidad emocional suficiente. La institución tendrá que estar capacitada para servir de ‘continente’ a sus regresiones y estimular sus progresos”*. La tarea a realizar en este contexto es lograr la des-identificación del **objeto enloquecedor** alienante y la búsqueda de nuevas identificaciones normogénicas.

2.2.- Para Grimson⁴ es *“un conjunto de técnicas integradas (de acuerdo con el concepto de planificación asistencial*) que se aplican en una institución tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes, que se caracteriza por un sistema constante pero flexible cuyas*

¹ Organizadas por Aletheia y Castalia. Se realizaron en el local de la Agrupación Universitaria del Uruguay en setiembre y diciembre de 1989; concurren unas 100 personas que se dividieron en cuatro talleres de trabajo para considerar los conceptos básicos y la historia de las Comunidades Terapéuticas. Los asistentes provenían de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, de los Servicios de Salud del BPS y de diversas ONGs dedicadas a las problemáticas de la enfermedad mental y la salud. Páginas 17-43 del libro *Drogas, Ética y Tránsgresión*, Montevideo, Psicolibros, 2001.

² Fueron entregados a todos los participantes al comienzo del evento para que sirviesen de guía para una discusión y, para construir, a partir de ellos y de la experiencia de los participantes, conceptos que den cuenta de nuestra realidad clínica nacional.

³ García Badaracco: “Biografía de una esquizofrenia”, FCE, Bs. As., 1982, pág. 160.

⁴ Grimson, W.R.: “Sociedad de locos”, Nueva Visión, Bs. As. 1972.

* Se refiere a una asistencia planificada a partir de estudios epidemiológicos que detectan las necesidades de tratamiento psiquiátrico, así como de los profesionales y recursos terapéuticos con los que se cuenta para ello (op. cit. pág. 69). “Cada institución reclama una puesta en situación de las técnicas que en ella se aplican y del engarce de éstas en una estrategia de tratamiento que a su vez se funde ideológicamente” op. cit., pág. 70).

características son conocidas por todos los participantes y son discutidas por ellos periódicamente, existiendo de manera explícita la posibilidad de rectificar aspectos del funcionamiento en base a la deliberación común. La comunidad se sirve de roles terapéuticos diversos y opera principalmente en base a grupos. Tiende a integrar el conjunto de las actividades en un marco socioterapéutico. La dirección del sistema está dada por la externación. La distribución del poder tiende a la igualación de los roles. Se dispone de un conjunto de información común a todos los participantes. Se da tanta importancia al funcionamiento normal como a situaciones de crisis o conflicto, siendo tales situaciones motivo de discusión conjunta” (pág. 33).

2.3.- Yaría⁵ destaca en su definición que la función terapéutica de una CT está constituida por “la compañía humana planificada y sistemática”. El concepto básico es el de **aprendizaje social**^{**} en un marco de crecimiento personal. Pero este crecimiento personal está subordinado al crecimiento del grupo de pares con los cuales convive el residente (que ya no es más llamado paciente)” (op. cit. pág. 50). Agrega después (pág. 77): “la terapia comunitaria no es ni el encuadre, la democratización, la normatividad consensual, el programa de actividades, etc.; es todo eso pero mediatizado e inundado por una trama de relaciones simbólicas (¿Estas relaciones simbólicas son las que se dan por ser “un ambiente multifamiliar”? -como dice García Badaracco) que sustenten las actividades y que posibilitan que el psicótico comience a ocupar un lugar como sujeto que le de sentido y, a la vez, encuentre sentido a lo que le pasa”⁶

2.4.-Para O. Kernberg⁷ la CT es un recurso dentro del marco de su **teoría de las relaciones objetales** y del tratamiento hospitalario, destinado a estudiar la función de “**control yoico**” en un marco social “con el propósito de ofrecer las máximas oportunidades terapéuticas. Para este autor, “el colapso de la función de control se manifiesta principalmente en el fracaso del control de límites (pág. 212)... La Comunidad Terapéutica, centrada más en la función de control que en el mundo interno de las relaciones objetales, y que pone el acento sobre todo en la realidad de las interacciones interpersonales en el ámbito hospitalario (pág. 215); convierte un impedimento básico (las necesidades emocionales de los grupos dentro del hospital) en un objetivo de trabajo esencial (el estudio de los conflictos emocionales como experiencia de aprendizaje para el manejo de

⁵ Yaría, J.A.: “Los adictos, las comunidades terapéuticas y sus ‘familias’, Edit. Trieb, Bs. As., 1988.

^{**} El concepto de “aprendizaje social” es de Maxwell Jones.

⁶ Sobre este punto “Abordaje psicoterapéutico de las psicosis”, Bs. As. , Paidós, 1982, pág. 155.

⁷ Kernberg, O.: “La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico”, Bs. As., Paidós, 1979, pág. 211.

conflictos y el crecimiento emocional)” (pág. 212) “El estudio directo de los conflictos debe ir acompañado del estudio de los medios aptos para resolverlos; es la experiencia del éxito en la realización de la tarea lo que da sentido al análisis de los impedimentos que se oponen a la realización de obras”(pág. 224). La función de **control yoico** aparece directamente vinculada a la “delegación funcional de la autoridad” (pág. 221) y a “un liderazgo activo y que emane de las tareas a cumplir”(pág.223).

2.5.- **Soteria House**⁸ se autodefine como una CT organizada como una estructura social *sin jerarquías*, sin descripción de tareas a cumplir, sin reuniones de evaluación del equipo terapéutico, habiendo actividades diversas a las que se es estimulado a participar, respetándose la necesidad de soledad^{***} y habiendo tolerancia para las regresiones. “Hay, en efecto – dice H. S. Wilson – una ausencia profesada de compartir una única ideología, de guía explícita para tomar cualquier tipo de decisiones y de una clara estructura de autoridad” (op. cit. , pág. 10). Se trata que la institución funcione como un sistema **sin control social** para que los miembros puedan, a través de la experiencia de participación, “Renacer, parirse”, de un modo diferente. Esta ausencia de un control social “externo” al individuo (salvo la prohibición de no drogarse y de no tener relaciones sexuales entre terapeutas y pacientes) se ha visto que da lugar a la emergencia de mecanismos de “infra-control”: este “infra-control” social afianza y promueve los mecanismos de autocontrol de todos los participantes. El control social deja de ser un mecanismo impuesto externamente y surge así, del seno del propio sistema. Se generarían así, en el marco de una ética social no intervencionista y libertaria, condiciones terapéuticas fundadas en “la convicción de que las psicosis pueden ser una experiencia autocurativa con un potencial para el crecimiento personal suplantando la noción convencional de que la psicosis es una enfermedad que debe ser curada por la intervención de agentes externos y no por el logro de *insights* graduales” (op. cit., pág 44).

2.6.- David Cooper⁹ se refiere a que “La idea esencial para la evaluación de una forma de organización social que se proclama ‘comunidad terapéutica’ define una cierta relación entre uno mismo y los otros. He llegado a la conclusión de que esta relación debe ser tal que en la estructura total se mantenga inviolada la

⁸ “Deinstitutionalized residential care for the mentally disordered . The Soteria House approach”, Grune & Stratton, N.Y., 1982, págs. 9-10)

^{***} Ver Cooper.

⁹ Cooper, D.: “Psiquiatría y antipsiquiatría”, Paidós, Barcelona, 1985, págs. 85-86)

soledad**** como interioridad enriquecedora, mientras que la mismo tiempo haya comunidad en el sentido de contacto entre los mundos interiores y también entre los mundos exteriores de las personas. Por mundo interior entiendo la libertad o el núcleo intencional de una persona, la fuente de todos sus actos que finalmente emerge como conducta objetivable; es decir, como el mundo exterior de la persona. En otras palabras, el objetivo de una comunidad que verdaderamente diera salud, una comunidad de libertades, debe ser una situación en la cual las personas puedan estar juntas de modo tal que les sea totalmente posible dejar a solas a cada uno de sus miembros”

Bibliografía uruguaya sobre Comunidades Terapéuticas*:

- 📖 **Rey, J.C.:** “Comunidad participativa”, Rev. Relaciones, N° 7, Nov. 84, pág. 10.
- 📖 **Viñar, M.:** “El tratamiento de psicóticos. Una experiencia institucional”, Rev. Relaciones, N° 13, Jun. 85, pág. 2.
- 📖 **González Regadas, E.:** “Comunidades Terapéuticas y drogadicción”, Rev. Relaciones N° 15, Ag. 85, pág. 6.
- 📖 **González Regadas, E.:** “Comunidad terapéutica y Salud mental”, Rev. Relaciones, N°.16, Set. 85, pág. 7.
- 📖 **González Regadas, E.:** “Comunidad Terapéutica para toxicómanos: Walden House”, Rev. Relaciones N° 18, Nov. 85, pág. 10.
- 📖 **Füllgraff, M.E.:** “Comunidad Terapéutica y terapia familiar”, Rev. Relaciones, N° 19, Dic. 85, pág. 17.
- 📖 **Filidoro, O.:** “Hospital diurno como Comunidad Terapéutica”, Rev. Relaciones N° 20/21, En./feb. 86, pág. 17.

**** Ver H.S. Wilson

* A la fecha de realización de las Jornadas y organizada cronológicamente.

- 📖 **Sintes, R., Moreno, R., Monné, L., Martínez, A.M., Füllgraff, M.E.:** “Conceptos sobre Comunidad Terapéutica” y “ Taller sobre Comunidad terapéutica y Terapia Familiar”, Rev. de Psiquiatría del Uruguay, N°.303/304, Mayo-Agosto 1986, págs. 159-181.
- 📖 **Freire de Garbarino, M., González Regadas E., Pampillón de González S., Soca, J.J., Vaczy, M.:** “Castalia. Una aproximación terapéutico-comunitaria de las psicosis”, Rev. de Psiquiatría del Uruguay, N° 303/304, may. Ag. 1986, págs. 182-197.
- 📖 **González Regadas, E. M y colaboradores:** “Asambleas comunitarias en el psiquiátrico”, Rev. Relaciones, N° 30, Nov. 86, pág. 6, Rev. de Psiquiatría del Uruguay, N° 303/304, mayo-agosto de 1986, págs. 198-207.
- 📖 **Viñar, M.:** “Cuestionamiento de la institución psiquiátrica actual”, Rev. Descubrir, Vol.I, N°1, oct. 1986, págs. 10-16.
- 📖 **González Regadas, E.:** “Salida de la Comunidad Terapéutica: fantasías y afectos”, Rev. Descubrir, Vol.I, N° 1, 1986, págs. 17-20.
- 📖 **González Regadas, E.:** “Comunidades es plural”, Rev. Relaciones, N° 37, Jun. 87, págs. 20-21.
- 📖 **Varios autores:** “Alternativas en Salud Mental”, Rev. Relaciones, N° 39, Ag. 87, págs. 15-17.
- 📖 **González Regadas, E.:** “Un modelo terapéutico-comunitario y su aplicación a lo psicótico”, Rev. Descubrir, Vol. I, N° 2, junio de 1987, págs. 72-80.
- 📖 **Berta, R., Gastal, F.:** “El papel de lo psiquiátrico en la Comunidad Terapéutica Castalia”, Rev. de psiquiatría del Uruguay, N° 313, 1988, págs.174-180.
- 📖 **Soca, J.J.:** “Castalia: Un modelo terapéutico-comunitario en Uruguay”, Actas del 7° Congreso nacional de Psicólogos Clínicos, Santiago, Chile, Octubre de 1988.
- 📖 **González Regadas, E.:** “Comunidad terapéutica y psicosis crónicas”, Rev. Relaciones, N° 56/57, en.feb.89, págs. 10-11. Versión modificada: “Las

Comunidades Terapéuticas y el tratamiento de las psicosis”, Mdeo., Rev. de Psiquiatría del Uruguay., Año LIV, N° 316, abr./jun. 1989, págs. 121-131.

Acerca del concepto de COMUNIDAD TERAPEUTICA¹⁰

Hoy me toca ser portavoz de una serie de planteos largamente debatidos y ciertamente nada acabados, respecto a precisar el campo de lo terapéutico-comunitario y de la institución llamada Comunidad Terapéutica. Interrogante que se renueva constantemente y que no hace más que poner en evidencia lo ambicioso del proyecto dado el escaso tiempo disponible. Nos ha parecido de interés para este intercambio, explorar la formación de dicho concepto lo más próximo posible a lo que constituye la experiencia terapéutico-comunitaria; experiencia de un grupo humano en procura por entender y transformar lo psicótico a través de un conjunto de actividades compartidas por los actores comunitarios durante un cierto tiempo y en un espacio físico en común.

Para los terapeutas comunitarios la Comunidad Terapéutica empieza por ser una aspiración, un ideal (¿deja de serlo en algún momento?) para ser algo que luego se va construyendo lentamente, modificándose, rectificándose, por todos los miembros de un grupo concreto, histórico, a través de su contacto diario con “la locura”, considerada como el centro de su trabajo.

Anotaré, brevemente, lo que nos parecen ser algunos elementos distintivos de este trabajo con la locura y sus avatares. Ruego a Uds. me vayan acercando lo que se les ocurra a partir de vuestras experiencias personales y en grupos de trabajo. Por lo pronto, podemos decir que cierto número de personas, por razones diversas y a pesar de sus diferentes características, están dispuestas a hacer un trabajo a partir de sus respectivas locuras consideradas como un factor en común. La identificación de este ‘*factor en común*’ es, en sí, un trabajo de evaluación de todos los miembros de la Comunidad Terapéutica, a partir del cual, ulteriormente irá surgiendo la oportunidad – o no – de entenderse y entender mejor aquellos compañeros de ruta con los que habrá de compartir en un lugar y durante un cierto tiempo, un proceso donde se está comprometido en forma individual, familiar y social. Se establece así un proyecto terapéutico-comunitario esencialmente dinámico; es decir, que habrá de irse ajustando diacrónicamente a lo largo del proceso en sucesivas evaluaciones y que implica estratos diversos en lo sincrónico. Podemos verlo como una convención o “contrato social” que sirve de base para dar comienzo a las tareas de quien – o

¹⁰ Palabras del Lic. Eliseo M. González Regadas.

quienes – van a ingresar a la Comunidad Terapéutica. Configura una estructura dinámica – a la vez estructurante – a ser analizada y a regular los intercambios de los agentes comunitarios.

Nos surge seguramente la pregunta ¿y qué pasa con las diferencias?. Estas son ineludibles; están siempre ahí – por fortuna – cada vez que nos comparemos unos con otros. El desafío de toda CT es como tornar factible una tarea en común acerca de la locura, como aquello que es semejante, sin desconocer lo diferente. Lo semejante, por ejemplo, pueden ser experiencias delirantes, internaciones, aislamiento social, etc. Si uno se alienó de sí mismo, de su familia y de la sociedad, la CT como microsociedad multifamiliar ¿no deberá crear espacios – individuales, familiares y sociales – que posibiliten la reapropiación de alienado en ellos, poniéndolo en evidencia y desmontando sus mecanismos colectivamente? Lo que alienamos en estos espacios es lo que nos hace diferentes; pero, en la CT es lo que tenemos en común, la materia prima con la cual trabajar. Si consideramos a la CT como una estructura multifamiliar y social, tendría en común con la sociedad y la familia el replicar la patología que hay en ellas, pero sería diferente en tanto sus esfuerzos “terapéuticos” se asientan en una postura crítica y activa respecto a lo que tiene de alienante para intentar transformarlo en un factor de crecimiento y de producción cultural, lo que no siempre se logrará.

Entendamos la CT como un “cruce de caminos”, un lugar de confluencia de diversas disciplinas (filosofía, sociología, psicoanálisis, psiquiatría, etc.) que, desde su óptica, esclarecen parcialmente lo que configura una “*paideia*” (vocablo griego utilizado para designar una concepción del mundo, una cultura, una historia, una *ética eudemónica*) En este “cruce de caminos” se genera un espacio-tiempo transdisciplinario que no es el resultante de la sumatoria de cada aporte disciplinario, ni tampoco una nueva disciplina sino un lugar de síntesis y reunificación a crearse y en constante riesgo de ser expropiado por cada una de las disciplinas a él contribuyentes. El deseo de los organizadores de este evento fue que hoy hubiesen representantes de diversos campos para, entre todos, ir creando este espacio de acción y de reflexión.

Partiendo de lo que es el trabajo cotidiano con la locura en una CT, podemos decir que lo que a ella se acerca es: *a*) una persona a quien otros designan como enferma o paciente y que no se reconoce como tal – a lo sumo está dispuesta a admitir tener algunos problemas “como los de todo el mundo”; *b*) una familia angustiada, que seguramente ya buscó ayudas diversas y que está descorazonada o desmedidamente esperanzada respecto a lo que espera de la institución comunitaria y que no admite – salvo raras excepciones – ningún cuestionamiento acerca de su grado de participación para que en ella las cosas

hayan funcionado como lo hicieron; c) varios profesionales de la salud que han intervenido o están involucrados de algún modo en el momento del encuentro con la CT; d) algún miembro de la familia extensa, en ocasiones amigos cercanos o compañeros de trabajo, a veces algún vecino interesado en la situación. Todo esto configura un conglomerado indiscriminado al que resumiríamos diciendo que se trata de *una demanda transindividual vehiculizada a través de la persona concreta de alguien considerado como estando mal y necesitado de ayuda*. A la recíproca, el demandado es un sujeto colectivo – la CT – a través de la persona concreta que oficia como su representante. Un conglomerado transindividual, confuso, se allegaría a la CT, configurada como un ente transindividual y transdisciplinario discriminado. Partiendo de esta experiencia, desde la práctica, múltiples interrogantes surgen a punto de ella y nos obligan, ineludiblemente – aún a pesar nuestro – a elegir caminos entre los múltiples posibles. Mencionaré algunos de ellos que espero sean debatidos y profundizados en los talleres de hoy de tarde:

- ¿Cuál es la concepción de individuo, de familia y de grupo que traen los demandantes y cuál es la propuesta alternativa ofrecida por los demandados?
- Desde una perspectiva epistemológica ¿cómo es posible *conocer* en forma comunitaria un pedido articulado en torno a la locura?
- Seguramente este intento por conocer algo comunitariamente acerca de la *locura personificada* es una tarea extremadamente compleja que involucra por lo menos cuatro dimensiones: la individual, la familiar y la social y sus coordenadas espacio-temporales, así como varias disciplinas interesadas en estas dimensiones y en su patología. ¿Qué pueden decirnos la psicología, la psiquiatría, el psicoanálisis, la antropología, la sociología? ¿Qué nos dicen que sea útil en la práctica para compartirlo, entender algo de lo que está pasando y, si es posible y deseable para los involucrados, modificarlo.

Algunas preguntas posibles a ser trabajadas en los Talleres:

- ¿Por qué una terapia comunitaria en ciertas situaciones y no otro tipo de tratamiento?
- ¿Qué diferencias hay entre trabajar comunitariamente y trabajar integrando diferentes recursos técnicos? Por ej.: psicoanálisis y acompañamiento terapéutico, etc.
- ¿Qué diferencia, si es que la hay, entre una clínica y una CT?
- ¿Es lo mismo una CT que funciona independiente, en un barrio, que una CT en un hospital o sanatorio psiquiátrico?
- ¿Qué es lo que haría pensar que está indicado un trabajo terapéutico comunitario?
- ¿Qué podría contraindicar un trabajo terapéutico-comunitario?
- ¿Por qué las CT se iniciaron trabajando con los cuadros psiquiátricos más severos y actualmente florecen sólo aquéllas dedicadas a las adicciones, por ejemplo?
- ¿Cuál es la concepción de individuo, de familia y de sociedad que usualmente traen los demandantes (?) de tratamiento terapéutico-comunitario y cómo hacer la articulación con la propuesta alternativa que le ofrece la CT?
- ¿Qué nos dicen las distintas disciplinas acerca de la locura y cómo es posible – si lo es – en el ámbito de un equipo de terapeutas comunitarios? ¿Qué nos dicen que sea útil para la práctica terapéutica-comunitaria que nos permita entender lo que está pasando y de cómo podría cambiar eso?
- ¿Qué es estar sano –comunitariamente hablando – y qué es estar mal – en el mismo sentido – y qué relaciones guarda esto con la concepción del individuo, de su familia y de la sociedad acerca de este mismo punto?
- ¿Es posible articular, en una visión unificadora – no ecléctica – los aportes diversos acerca de lo que es ser hombre, estar en familia, en sociedad, enfermar, sanar, etc.? ¿Cómo se plantean y elaboran comunitariamente éstas y otras interrogantes y por qué plantearse y tratar de resolverlas comunitariamente puede ser terapéutico?

También podría plantearse la diferencia entre instituciones comunitarias públicas y privadas o gratuitas y pagas... O parcialmente subvencionadas, etc. y las implicancias que esto podría tener sobre su práctica.

Otro tema es el del lugar de lo individual en la CT y la diferencia entre ése lugar en la CT y el que se le da en una terapia individual, por ejemplo.

Talleres de discusión sobre CONCEPTOS

Taller 1.¹¹

Se plantea empezar por ver dentro de la CT cuáles factores serían los terapéuticos y cuáles no lo son. Esta sería una discusión permanente en la CT Sur-Palermo.

Se habla de lo intensivo del tratamiento y se empieza a discriminar entre CT y otros tratamientos socioterapéuticos. Se enfatiza el sentido de globalidad de la atención al paciente y la coordinación de los diferentes abordajes: familiar, individual y grupal. Hasta que se llega a que en la CT el paciente es agente de su propio tratamiento a través del desarrollo de su capacidad de decisión en interacción con otros miembros comunitarios, lo que permite un desarrollo yoico.

Función de la Asamblea Comunitaria, Ej.: fue un ingreso de otro miembro planteado en una AC y, entre todos deciden si es el momento adecuado para hacerlo.

Hablamos de la “normatividad” como estructurante en la CT y cómo se resuelve en la práctica la regulación de la agresividad y la sexualidad. Se discute si tiene un papel tan determinante la sexualidad en el psicótico ya que previamente trabajaríamos la “discriminación” y “diferenciación” como primer paso. ¿Las relaciones sexuales en el psicótico no serían expresión de su deseo de fusión, que tienen que ver con lo indiscriminado?. Se reafirma que ésta sería una razón terapéutica para prohibirlas, además de evitar la “endogamia comunitaria”

Se trae la formación de una pareja en una CT (Sur Palermo) donde está permitida y que “depende del estado de evolución del paciente”. Es el caso de dos “pacientes esquizofrénicos” y los terapeutas de la institución consideraron que contribuyó esta relación a un “refuerzo yoico de uno de los miembros, posibilitando la separación con su madre”. Podría verse como que aquí se da un momento de transición entre lo intracomunitario y el afuera.

Por parte de los terapeutas que trabajan con niños y adolescentes (IPPU) se trae el tema de la agresividad – que se vive diariamente – y “debido a la escasa capacidad de elaboración psíquica, la palabra no es usada y se expresa en actos”. Los terapeutas actúan también “reprimiendo”, para establecer continencia y límites “como factor de realidad”. Lo hacen, inclusive, con contención física. Alguien sugiere el tema de la “sanción” y estos terapeutas dicen que “no es

¹¹ Coordinadores: Psicólogos Ana María Martínez y Carlos Torija.

posible teniendo en cuenta el nivel de los niños psicóticos”. Aquí se marcan las diferencias que hay en el trabajo comunitario con niños y con adultos psicóticos respecto a la actuación de la agresividad y a su contención.

Se retoma el tema de la “normatividad estructurante” no como algo rígido, sino que funciona de acuerdo a la población comunitaria.

Se vuelven a examinar las diferencias entre CT y otras formas de tratamiento. Se destaca la participación activa del paciente y la creación de la “red vincular” a través de distintas instancias de participación y co-gestión del proceso terapéutico, teniendo en cuenta las tendencias del psicótico a “no hacer”, un cambio en esta postura estaría dado por el “hacer juntos una labor compartida”. Plantean que muchas veces se logra una interacción activa en la CT y luego, en el entorno social, son “apragmáticos”. Se hace énfasis en la familia y la terapia familiar comunitaria, teniendo en cuenta su “vinculopatía”. No se debe reinsertar al designado paciente en esa familia disfuncional.

El grupo de discusión ve algunas otras normas, por ejemplo las formas de “considerar la presencia del otro” y si es posible el asumirlas por parte del psicótico. Por ej. avisar cuando falta a una actividad comunitaria y luego examinar los “por qué”. También se trae la necesidad de una atención individualizada y cómo se trata y expresa esta demanda dentro de la CT.

Plantean el tema del “poder sobre el paciente^{*}” ¿Cómo se resuelve una internación? ¿Cómo funciona en estos casos – si funciona – la “red comunitaria”? En caso de no haber contacto con el psiquiatra que atiende a ese miembro de la CT ¿qué posibilidades hay de cambiar ideas sobre este recurso terapéutico? Se relata la experiencia de una CT donde la “red comunitaria” funcionó, haciéndose cargo de la situación de una persona que tenía indicada una internación por riesgo de un intento de A.E. Se pudo evitar esta situación por que los miembros terapeutas y no- terapeutas lograron, en forma conjunta, elaborar un programa de cuidados y contención en el curso de una reunión multifamiliar.

Se transmite la experiencia de creación de formas de asistencia terapéutico-comunitaria con la participación de los padres de niños psicóticos dentro de la institución que posibilitan la comprensión, confianza y mutuo apoyo como formas de contención terapéutica.

Respecto al tópico de las contraindicaciones para la integración a una CT, este grupo llega a la conclusión de que, en forma absoluta no las habría. De todas formas, considerando las diversas instituciones de nuestro medio que se consideran a sí mismas CT's. se dijo que son dificultades mayores

* ¿Qué poder tiene la CT?

(¿contraindicaciones?) el ser muy actuador, tener severos trastornos orgánicos o un importante nivel de deterioro intelectual y psicosocial. No se excluyen – y de hecho sabemos que en otros países hay – CT's para grupos humanos en los que predomina una población determinada: adicciones, dificultades de aprendizaje, SIDA, etc. En ellas se da un funcionamiento diferente al de aquéllas instituciones comunitarias que trabajan con trastornos psicóticos y afines, que requieren de estrategias terapéuticas- comunitarias diferentes, lo que haría deseable una institución especializada en éstas áreas sin perjuicio de compartir el “fundamento común” a todas las CT.

Taller 2.¹²

Preguntas a ser trabajadas en el Taller:

- Características del modelo comunitario y en qué se diferencia de otros tratamientos.
- Lugar de lo individual en la CT.
- Contraindicaciones al trabajo en una CT.

Se pregunta si sólo hay CT de psicóticos. En este ámbito se pregunta: *a)* se medica, *b)* hay terapia individual, *c)* ¿qué recursos técnicos se emplean?

Al responderse a éste último punto en el sentido de que las técnicas son variadas, pero que siempre se inscriben integradas a un modelo de funcionamiento comunitario que las sobredetermina y que funciona como eje, se pregunta en qué medida la CT no es una sumatoria de recursos, o una estructura terapéutica que los trasciende.

Esto lleva a los participantes a interrogarse acerca de la esencia de lo comunitario. Es así como se menciona: lo interdisciplinario, lo institucional-comunitario, la creación de una “red vincular comunitaria” que permita nuevas posibilidades de contención a situaciones de crisis que tradicionalmente se resolvían por vía de internación psiquiátrica. Lo comunitario guardaría relación con la forma como se realiza la articulación de los recursos técnicos empleados, el tipo de interacción entre los miembros, el descentramiento del eje terapéutico de los terapeutas y su recentramiento en la “red vincular comunitaria”, las características de los vínculos que se generan entre terapeutas y no-terapeutas, la asunción de un rol activo (no de “paciente”) que implica la igualdad de oportunidades en la CT para tener iniciativa, plantear cambios, ajustes y hacer transformaciones.

¹² Coordinadores: Psic. María Elida Füllgraff y Dr. Artigas Pouy.

Frente al tema ¿cómo se maneja la medicación? Este grupo se plantea la medicación como obligación; la creación de un clima de confianza a partir de que este es un problema que todos comparten; esto permite explicitar todas las fantasías ligadas a ella: el rótulo de “psiquiátricos”, padecer efectos secundarios indeseables, tomarla para ser aceptado por los familiares; sentir que el “médico es el dueño del poder” atribuirle a la medicación la propia enfermedad; asignarle, por el contrario, un poder también mágico por parte de él, sus familiares, compañeros de actividades en la CT y, también por parte de los terapeutas.

Surge la interrogante si en la CT funcionan simultáneamente varios grupos o uno solo; si el grupo comunitario es numeroso o pequeño. Se comenta las características que tiene un grupo pequeño que permite un tipo de sociabilidad familiar. también se menciona una experiencia de convivencia en una CT de EEUU donde coexistían varios grupos (ya que habían 60 miembros conviviendo allí); pero se daba un tipo de sociabilidad diferente y la AC no era vivida como una instancia totalizadora.

Se pregunta por parte de algunos cómo está implicada la familia. Las familias se reúnen semanalmente para ver su funcionamiento y su relación con la CT; también hay reuniones multifamiliares centradas, generalmente, en examinar situaciones comunes a todas las familias: crisis, su forma de resolverlas, situaciones concretas que afligen, etc.

Preguntan a los coordinadores si concurren vecinos, amigos, compañeros de trabajo, etc. Se responde negativamente – a pesar de reconocerse su eficacia - habría que dedicarle más tiempo y tener más espacio, el número de terapeutas es escaso, con múltiples funciones a cumplir, está el peso económico.

- Semejanzas y diferencias entre el concepto de rehabilitación psíquica y el tratamiento comunitario. Rehabilitar se centra en restaurar la praxis deteriorada por la enfermedad; mientras que el tratamiento comunitario apunta a estimular el crecimiento personal, familiar y social considerado en su globalidad, como algo que estaba detenido o perturbado.
- ¿Cómo se instrumenta una demanda? No está presente, salvo excepciones, en el designado como paciente. Lo común es que sea la familia y algún amigo allegado a ella quienes formulen la demanda. La forma de tramitarlo comunitariamente es crear una instancia inicial de evaluación recíproca (entre la institución y los demandantes). Buscamos conocer las características y el funcionamiento familiar y la disposición a apoyar un proceso que los compromete también a ellos. La CT examina el momento en que se encuentra y la oportunidad o no del ingreso en ese momento.

- Se interroga acerca de cómo se tramita comunitariamente una situación de crisis. Se habla de los recursos que la familia es capaz de movilizar, los de la red comunitaria en ése momento, el acompañamiento terapéutico, etc.
- ¿Cómo reacciona la familia frente al ingreso y el tratamiento comunitario? Inicialmente se busca crear un clima de seguridad y confianza, de bajar el monto de ansiedad, de ayudar a la familia a re-equilibrarse. Se busca la desculpabilización de los familiares. Al mejorar el “paciente” de la familia es que aparecen los sabotajes. La familia es “informada” de los momentos por los que atraviesa el proceso en la CT y se busca establecer una simbiosis terapéutica que sustituya a la simbiosis patológica que promueve la familia.
- ¿Cómo se manejan las relaciones sexuales endogrupales? Surgen diversas posturas que argumentan lo siguiente: la formación de una pareja ayuda a crecer y se ha visto que no provoca rechazo en el resto del grupo. Los que están en contra destacan que ello refuerza las tendencias narcisistas endogámicas propias de las familias con uno o varios miembros psicóticos; favorecería, además, la sensación de completud y de fusión confusionante interfiriendo la salida de la CT. Se dice que, más allá de cada una de estas posturas, lo interesante es ver por qué el vínculo sexual y de pareja surge en ésa CT y qué es lo que hay detrás de eso.
- Finalmente se realizan comentarios acerca de las normas que rigen al funcionamiento comunitario y que cumplen una función estructurante en el sentido de restituir al psicótico algo que nunca tuvo o que tuvo y, por alguna circunstancia abandonó o perdió.

Taller 3.¹³

Se continúa discutiendo a partir del tema de la normativa estructurante; sobre todo acerca de si permitir o no las relaciones sexuales dentro de la CT. Se plantea que esta sería una falsa contradicción, que ambas posturas son posibles y que ello depende de las normas que se de cada CT. De la CT Sur Palermo comentan que se dio este tipo de relación entre dos miembros, que se discutió, que fue aceptada y que ésa relación ayudó al crecimiento del grupo.

Se aludió a que García Badaracco considera a la CT como un ambiente multifamiliar sustitutivo de la familia de origen y que habría que ver si compartimos o no este punto de vista para admitir o prohibir las relaciones

¹³ Coordinadores: Dra. Raquel Moreno y Psic. Laura Monné.

sexuales entre los miembros de la CT. Por otra parte, los psicóticos no practican una sexualidad genital, sino una sexualidad arcaicas con un despliegue concomitante de fantasías de esta naturaleza que si se aceptan y propician sería iatrogénico ya que está teñido de agresividad. Si se satisface este impulso y la formación de parejas, no se ayuda a la persona a buscarla afuera. Se aclara que esta, como todas las normas, tiene igual validez para el equipo terapéutico. Aceptar expresiones manifiestas de lo sexual es un pasaje al acto que impide su elaboración. Es algo que debe hablarse.

Se plantea nuevamente que esta es una falsa contradicción ya que podría haber una trasgresión a la norma y, luego de existir la pareja, legitimarla, como hizo Sur Palermo.

- El “paciente” es agente de cambios; hay co-gobierno y co-gestión – según las posibilidades de cada uno – en los asuntos comunitarios. Todos los integrantes son estimulados a participar activamente. Hay horizontalidad en el trato, aunque hay discriminación de roles. Lo horizontal debe entenderse como igualdad de oportunidades, pero la función de cada uno tiene que estar discriminada para evitar las confusiones.
- Varios integrantes del taller piden que los distintos integrantes de las CT presentes expliquen brevemente cómo funciona cada una de las CT.
- Se plantea cómo diferenciar rehabilitación psíquica de tratamiento terapéutico-comunitario. Hay una referencia específica al CNRP que se inserta dentro del proceso de “curación psiquiátrica en la poscura” La rehabilitación se focaliza en la resocialización de las personas y no es intención el promover el desarrollo y crecimiento interferidos, lo que es preocupación de todo trabajo terapéutico-comunitario. La CT no busca “curaciones sociales”, sino ayudar al crecimiento en lo individual, familiar (en el sentido de una convivencia diferenciada entre los integrantes de la familia) y social (como una inserción personalizada en la sociedad y la cultura en que el individuo está inmerso) La rehabilitación ha sido definida como un proceso individual de reapropiación de la praxis social, hecho grupalmente. El trabajo con las familias apunta a que se acepte a ése individuo con ése handicap en su funcionamiento social*.
- Se habla de la internación y de los medicamentos en el marco de la CT. Cómo se reducen la frecuencia de crisis y de internaciones de aquellos que concurren a una CT. Además, la crisis es registrada, en la CT como un momento que puede estar al servicio de un crecimiento ulterior. Se alude a CT’s con “internación” y sin ella.

* Ver la diferencia de planteos entre estos dos grupos.

- Surgen interrogantes acerca de la existencia o no, en nuestro país de CT's para adictos y se habla, luego de las contraindicaciones que tendría el trabajo comunitario.

Taller 4.¹⁴

Comienzan trabajando sobre la primer pregunta.

Se encuentra un parecido entre el proceso de rehabilitación y el comunitario en que ambos tienen como objetivo que el individuo se haga lo más autónomo posible.. En ambos hay una diferencia notable con la psiquiatría clásica.

En una CT los técnicos no provienen de la psicología y la psiquiatría sino que incluyen maestras, asistentes sociales, enfermeras y otras posibilidades. Pero no es lo mismo, se dice, trabajar en un equipo multidisciplinario que en una CT – a pesar de su efectividad – Se destaca la horizontalidad (igualdad de posibilidades y obligaciones con la institución) como más propia de la CT, mientras que esto parece no suceder en las psicoterapias grupales o en un equipo de rehabilitación. El designado paciente participa activamente en la marcha del programa terapéutico de la CT y en su propio proceso. El programa terapéutico apunta al “crecimiento personal y familiar”, a elegir caminos en los que pueda defenderse y esto compete tanto a los terapeutas como a los que no lo son. Esto es posible por que se asienta en la creación conjunta de una “red comunitaria”.

La CT es una estructura institucional que obliga a un cuestionamiento continuo de los roles y de la misma institución. El acercamiento al individuo es considerándolo en su globalidad, apuntando a que sea un miembro activo (un “agente comunitario”) y creativo como algo saludable.

- Surge una pregunta a propósito de los “pacientes” que “recibe” la CT. Se cambian ideas y experiencias respecto a que ello depende tanto del momento y las características del que viene y de su familia, como del momento comunitario. En la experiencia de varias instituciones se destacan las dificultades de integración que tienen las personas con rasgos patológicos de carácter (caracteriales) y psicopáticos.
- Se dice que la CT nunca es una institución estática, acabada y que tampoco quiénes participamos en ellas tenemos los mismos móviles (apuntando a la diferenciación de roles entre terapeutas y no terapeutas); pero esto no es un impedimento para que cada uno participe según sus características y las posibilidades que tiene en ése momento. Se dice que a eso es lo que se

¹⁴ Coordinadores: Dr. Luis Bibbó y Psic. Mónica Vaczy.

entiende por “horizontalidad”: un parámetro ideal que implica mantener a éstas diferencias sin establecer jerarquías.

- La “normativa” comunitaria alude a la autoridad por excelencia, concebida como algo impersonal, establecido consensualmente, a la cual todos se someten. La norma está planteada como aquello que habilita a realizar cosas – dentro y fuera de la CT – y no como una prohibición pura y simple.

Los miembros de una CT tienen como timón la preservación – compartida y cogestionada – del objetivo terapéutico: Es por este motivo que las normas tienen validez, por igual, tanto para los terapeutas como para los que no lo son por formación. Vemos que lo importante es cómo se administra la ley que es modificable consensualmente por razones fundamentadas de un mejor funcionamiento comunitario.

Se menciona que podría ejercerse una función persuasiva o sugestiva por parte de alguno de los integrantes de la CT, sobre el resto del grupo, para que los miembros no terapeutas, directa o indirectamente, hablen de sus cosas. Se menciona, frente a esto, que en la CT hay que dejar de lado el imponer posturas personales de cada terapeuta o del equipo de terapeutas para dar lugar al surgimiento y escucha de los planteos que hacen los no terapeutas que, usualmente, son muy útiles y lúcidos. Esta integración entre miembros terapeutas y no terapéuticos es algo dinámico, sujeto a oscilaciones.

Se destaca la necesidad de trabajar con las paralizaciones, crisis y aún psicotizaciones del equipo en una instancia de supervisión del mismo como un tercer polo esencial.

- Otro de los temas que se consideran es el de la coordinación e intercomunicación lo más continua y fluida posible entre los miembros terapeutas del equipo para favorecer el establecimiento de una “red comunitaria” frente a los esfuerzos de fragmentación de lo psicótico.
- ¿Cómo interviene la CT en las reagudizaciones, internaciones, o una vez egresado el miembro no terapeuta de la CT? Se dice que la internación – considerando las posibilidades que ofrece nuestro medio en estos momentos – no es deseable. Por eso se buscan todos los recursos terapéuticos que permitan evitarla; si bien es cierto que – por las características que puede tener cada una de las CT’s – la continencia comunitaria puede ser insuficiente. Los recursos terapéuticos comunitarios a los que corrientemente se apela para transitar por las “crisis” son el apoyo inter e intrafamiliar, el acompañamiento terapéutico, el entramado comunitario, etc. Las funciones terapéuticas de sostén y continencia a lo largo y ancho del día no son producto de UN recurso terapéutico individualmente considerado – aunque adquiera preeminencia en ése momento – sino el objetivo común, de la red

comunitaria en su globalidad, de la institución y de la marcha del proceso. En caso de que se llegue a la internación psiquiátrica, la CT colabora, dentro de sus medios, para que sea lo menos problemática y traumatizante, así como para preservar la conexión con la familia y el entorno social de forma tal que el aislamiento sea el mínimo.

- Respecto al “egreso” se mencionan actividades para los ex – integrantes, favorecidas por la CT, donde cooperan con ella de forma diversa (club de ex – miembros, por ejemplo) Usualmente los contactos se van espaciando para evitar una “institucionalización comunitaria”. Se apunta a que el miembro des-idealice la CT, que acepte las frustraciones que son inevitables y que reconozca las “cosas buenas” que ofrece la sociedad en su conjunto.

De todas formas no debe perderse de vista que la fase de separación es muy difícil, que no siempre se resuelve satisfactoriamente y que configura un desafío a la imaginación y potencialidad creativa de cada integrante en su individualidad y a la institución en su conjunto.

Síntesis de los planteos recogidos en los Talleres sobre “Conceptos Básicos” (11 de diciembre de 1989):

Lo más destacable fue la frecuencia con que, en todos ellos, surgió la pregunta sobre la “esencia de lo comunitario”. Es así, como en el intento colectivo por aproximarse a posibles respuestas fueron surgiendo temas diferentes:

- ¿Cuáles son, en la CT, los factores terapéuticos?
- ¿Qué diferencia tienen los recursos terapéuticos de una institución comunitaria concreta, con dichos recursos fuera de la CT?
- Diferencias y semejanzas entre una institución comunitaria y una de rehabilitación, por ejemplo.
- El papel de la normativa como factor estructurante – o no – dentro de la CT.
- El poder, la autoridad, dentro de una CT.
- La resolución de las situaciones de “crisis” en una institución comunitaria.
- El lugar de la familia y lo familiar en una CT.
- La relación de la CT con el entorno social.
- Ideología montevideana respecto a lo que es sano/enfermo y sus efectos sobre el proceso terapéutico-comunitario.

Concluimos que, desde su frecuencia, estos son elementos a tener en cuenta en el análisis del funcionamiento de una CT. En principio, y para los participantes de estos talleres, identificamos a estos puntos como básicos para la definición y

diagnóstico de una institución concebida como CT. Pensamos que, de pronto, podrían ser criterios de acercamiento a materiales presentados en ateneos del próximo año. Se trataría a seguir ahondando, en ellos, la “esencia de lo comunitario” para delimitar fronteras con otros espacios ya más conocidos como el psiquiátrico, el psicoanalítico, las terapéuticas grupales, entre otros.

Respecto a los **factores considerados terapéuticos** en la institución comunitaria se discutió mucho, en algunos talleres respecto al papel desempeñado por la normativa como factor estructurante. Hubo un acuerdo respecto a que, en cualquier institución, como en la sociedad en general, es importante el control de los impulsos agresivos y examinar formas no represivas en que éstos impulsos puedan expresarse y canalizarse al servicio de la tarea. A propósito de esto, se vio que no es lo mismo trabajar este aspecto con niños, con adolescentes o con adultos.

Con relación a la prohibición de formar parejas dentro de la CT y tener relaciones sexuales entre los miembros, las diferencias se centraron en si las relaciones sexuales serían expresión de una búsqueda libidinal de objeto que, incluso, permitiría romper uniones familiares patológicas y patogénicas; o bien, sería expresión de la agresividad bajo una máscara sexual. Esto último condujo a intercambios acerca de la sexualidad en las psicosis y otras patologías psiquiátricas y a si lo que se recrea en la CT son vínculos familiares o se trata de un lugar diferente y que, por lo tanto, no se recrean vínculos familiares.

Sobre las **diferencias y/o semejanzas con otras formas de tratamiento** (grupales o institucionales) se destacó que la CT enfatiza la “participación activa del paciente en la creación de la red vincular” que incluye a todos los participantes de la CT – sean o no terapeutas - , a las familias y, en mayor o menor grado, según la institución de que se trate, a vecinos, amigos, al barrio, a compañeros de trabajo y a ex miembros activos de la CT. Cada institución tiene sus variantes propias sobre este punto, pero todas ellas coinciden que, más allá de sus realidades, es deseable el máximo posible de integración y participación activa en la marcha de los distintos aspectos del quehacer comunitario.

Este punto trae aparejado la consideración de otro: ¿cómo se distribuye el poder en la CT y a qué se refiere la “horizontalidad” en las relaciones interpersonales intracomunitarias? En tanto no es un tratamiento médico, el poder no está situado en la persona del médico sino en instancias colectivas como son, por ejemplo, las asambleas comunitarias, las reuniones del equipo terapéutico y el

modo como se procesan allí los problemas y la forma como se toman las decisiones.

Ubicar **el poder** en una instancia colectiva y no en un individuo investido socialmente con los ropajes de autoridad, va en contra del pensar mayoritario de nuestra sociedad acerca de lo que es estar enfermo (como algo pasivo) y en qué consiste sanarse (como algo en lo que el papel decisivo depende del saber y la autoridad de los profesionales). Se dice, en varios grupos, que la horizontalidad se refiere a la igualdad de oportunidades, pero que hay funciones discriminadas para evitar la confusión. Se destaca que la igualdad de oportunidades y obligaciones frente a las normas institucionales es algo que la diferencia de las psicoterapias grupales o de las instituciones de rehabilitación de pacientes psiquiátricos. La horizontalidad implica atender a las diferencias de cada uno y a sus posibilidades efectivas de participación, sin establecer jerarquías.

La **autoridad** es algo consensual en la CT, algo impersonal – que puede personificarse – a la cual todos por igual se someten de forma tal que todos quedan habilitados, por igual, para realizar ciertas cosas y no hacer otras.

Talleres sobre Historia de la CT

Preguntas para trabajar en los talleres:

1. Desde la comprobación de que en la actualidad en el Uruguay, los modelos comunitarios que funcionan en Salud Mental, corren por cuenta de la iniciativa privada, ¿se mantendrá esta situación?
2. ¿Cómo llenar el vacío que dejan la asistencia pública y mutual en una asistencia de este tipo, a efectos de que pueda ser accesible a toda la población?
3. ¿Cómo podría lograrse un esfuerzo coordinado de las comunidades terapéuticas para promover la difusión y el perfeccionamiento de este modelo?
4. ¿Cómo hacer para evitar nuevos fracasos en el ámbito de la asistencia pública?
5. ¿Cómo hacer posible una interacción entre estas micro-sociedades y la macro-sociedad?

Taller 1.¹⁵

El grupo se propone trabajar sobre el punto de por qué fracasó la experiencia comunitaria en el ámbito público, cómo se entró y qué habría de subsanar para el futuro.

También se hace referencia a la experiencia del H. Musto y a otra en el H. Vilardebó.

Y se vincula este punto con el de la inter-relación macro-micro sociedad.

En el futuro parece más viable la inclusión del modelo comunitario, dada la concepción de la Comisión de Salud Mental y considerando su perspectiva de atención barrial.

Una salida sería incluir hospitales diurnos con técnicos comunitarios dentro del Hospital Psiquiátrico.

Se ve que los problemas con la institución pública empezaron cuando se necesitó del personal técnico y no técnico, ya que estos no participaban de las actividades comunitarias. La institución rechazó la experiencia porque no se participaba. Pero quizá también porque en este tipo de institución hay muchos auto-excluyentes.

Se rechaza por la idiosincracia e inercia del empleado público, además de la posición de la dirección y la falta de recursos. A su vez, la gente honoraria es muy productiva, pero después de un tiempo se cansa y se retira. En cambio, las CT's privadas marchan por la satisfacción económica.

Se aclara que en realidad esto último no es así, sino que funcionan por lo vocacional y el interés puesto en ellas. Se consideran aspectos culturales y legales que se contraponen a lo comunitario. La vía posible sería estructurar lo barrial como CT y en el hospital se incluirá una vez que se vean los resultados positivos.

La CT debe apoyarse fundamentalmente en la comunidad, en su participación, la de la familia y la del barrio.

En cada barrio hay que investigar qué características y qué expectativas tiene, sin dejar de perder de vista que muchas veces se pretende aislar, encerrar a el enfermo mental, y que se lo toma como un enfermo individual sin considerar la intervención de la familia y la sociedad.

En la CT privada vemos que es muy difícil la conexión y el intercambio con el afuera, con los colegas.

¹⁵ Coordinadores: Dr. Luis Bibbó y Psic. Mónica Vaczy.

¿Cómo hacer para incluir un modelo horizontal en otro de tipo vertical? Entrar por lo barrial permitiría que la familia, el pueblo y el cuerpo profesional se vayan concientizando.

Otro aspecto que se jerarquiza es el poder articular otras técnicas, por ejemplo la educación en la CT, el diálogo entre los técnicos de la educación y los trabajadores de la salud.

Taller 2.¹⁶

¿Qué posibilidades hay de que se pueda estructurar una CT estatal?- es la pregunta con la que se inicia éste taller.

Más o menos lo que se está intentando gestar en la policlínica psiquiátrica del Hospital de Clínicas. Si bien hoy es más un trabajo grupal con pacientes psicóticos, fronterizos, al que se le agrega el trabajo familiar. El proyecto es de hogar diurno, pacientes con internaciones breves (agudos). No podemos dejar de lado la idea de apertura que ello tiene, entrada del loco a hospitales generales.

Una característica de comunicación entre lo privado y lo estatal es por ejemplo, lo que se está dando en el Centro de Salud Mental del Hospital Maciel. Luego del proceso de internación se integran a una CT.

No se pretende que el Clínicas sea una sala de internación. Tendría como sede al mismo hospital. Se discute que sea el propio hospital la sede. La CT debe ser fuera – desinstitucionalización – de otra manera dificultaría la reinserción social. Parece ser que lo ideal es que sea fuera del hospital, que la voluntad sea esa.

Lo importante es que la transición sea lo más gradual posible desde el momento de la internación a la salida, que aunque sea a pocos metros esté la CT.

CT con internación es diferente a CT como hogar diurno.

Es importante que el local esté sustraído del ámbito puramente médico por como se asocia íntimamente lo médico con enfermedad. También es importante el no caer en la negación de la enfermedad.

La CT señala la transición, donde lo médico tiene también un lugar.

El psicótico necesita estructuración. Ayudar a estructurar un yo. El psicótico inmediatamente siente la indiscriminación. La CT separada del hospital también significa una estructura externa.

El colega que representa al IPPU informa que éstos se dedican al trabajo con niños y adolescentes psicóticos.

¹⁶ Coordinadores: Psicólogos Ana María Martínez y Carlos Torija.

Se da mucha importancia al intercambio con el medio, el niño de mañana va a la escuela común y luego al IPPU.

En el caso de adolescentes, concurren menos al IPPU. Algunos hacen escuela nocturna y uno de ellos consiguió trabajo.

En cuanto a la pregunta N° 2, que exista una forma intermedia así como las policlínicas barriales que tienen determinado objetivo que también pueda orquestarse algo.

Las policlínicas barriales tienen facilitada la integración del enfermo psiquiátrico, ya que están en el mismo barrio. La implementación de las mismas sería con menos gastos, como para llenar un vacío que no hay.

Más que el tema del traslado, lo que importa sería el intercambio, el pasaje de la micro a la macro-sociedad, que esa micro-sociedad (el barrio) puede metabolizar este problema.

Una de las claves está en **el problema económico**. ¿Cuáles son los reales costos de asistencia? MSP, Mutualismo.

En los hospitales uno ve siempre las mismas caras, son constantes los reingresos.

Se piensa que el paciente psiquiátrico es barato y no lo es.

En cuanto a la medicación, el psiquiatra de mutualismo en un ahora ve una cantidad de pacientes y todo queda centrado sólo en la medicación.

Se comprobó que la CT reduce la cantidad de medicación y la internación. Con las internaciones privadas, lucra mucha gente. Hay veces que no se pueden dejar de lado las internaciones.

Si la CT puede abaratar los costos habría que sensibilizar al MSP y al mutualismo y hacer un estudio estadístico aquí en el Uruguay. Se sentirá inmediatamente la presión de los centros de poder, las multinacionales.

Hay una estructura verdaderamente caótica. Por ejemplo, el Musto fue ideado como hospital de corta estadía. Hoy convertido en un depósito. Hay carencias importantes: enfermeros, cuidadores, existen violaciones.

¿Pueden intentarse algo allí? Sería como poner parches. La experiencia del 85 muestra como hay cosas que evidentemente chocaban. El proyecto pecó de ser extenso, por ejemplo: grandes asambleas. Partir de experiencias más puntuales y objetivas.

En el Centro de Rehabilitación (CNRP) la coordinación la hacía el propio paciente. Aquello se convierte en un caos, hay que tener en cuenta por ejemplo, si el número influye.

Que lo que está haciéndose en el Clínicas, aunque sea un día, ya marca un cambio.

Antes recibían su medicación, y punto. Ahora además de la instancia de lo individual pasan a lo grupal.

La pregunta N° 5 no fue elaborada.

Taller 3.¹⁷

La idea es discutir entre todos y por tanto se leen las preguntas.

Los modelos comunitarios actualmente están en el área privada, ¿cómo cambiar esta situación? Se habla de la experiencia en el Musto durante los años 1985-86. Esta experiencia fracasa. Constaba de asambleas abiertas, al final habían muchos técnicos y pocos pacientes. Se buscó hacer un intercambio con pacientes aunque más no fuera que tomando un café, esto gustó pero luego al pasar el tiempo no se pudo seguir trabajando.

No hubo convencimiento de la parte técnica y boicoteaban el trabajo. Dobles mensajes, no asistencia de pacientes, falta de apoyo por parte de la institución.

Se informa de la experiencia que se está llevando a cabo en el Hospital de Clínicas.

El Dr. I.N. habla acerca de que es necesario orientar a la familia, no decir demasiado ni muy poco, que la familia sea colaboradora y no demostrarles su responsabilidad.

Se vuelve al tema de la CT en el cual es importante la consolidación del equipo y el apoyo institucional y que haya interés de los pacientes que sean ellos los que demanden atención.

Una maestra participante del taller habla acerca de utilizar el modelo comunitario en la enseñanza y relata la experiencia del CENI. Ella intenta aplicar lo mismo en la escuela pública y actualmente es ella y otra maestra que trabajan de esta forma, a pesar de las amenazas de los inspectores.

El cambio debe partir de dentro nuestro y es importante hacer un proceso de concientización.

Además se destaca que el paciente debe ser el protagonista de su propio proceso.

Se destaca que no se puede intentar una experiencia comunitaria en un Hospital como el Musto, ya que éstos se manejan con esquemas viejos y verticales.

Es importante difundir este modelo y muchas veces nosotros mismos nos cerramos la puerta a la difusión.

Se hace el planteo de que DISSE, que eso se vuelque a una comunidad terapéutica.

¹⁷ Coordinadoras: Dra. Raquel Moreno y Psic. Laura Monné.

Vamos a llegar a través de los hechos concretos, de experiencias concretas, no podemos esperar a que cambie la sociedad sola, tenemos que ir haciendo cosas.

Taller 4.¹⁸

Se efectúa la presentación individual, de cada uno de los integrantes. Las instituciones a las que pertenecen algunos de ellos son: Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Instituto de Psicología del Uruguay, Clínica Jellinek, talleres privados de Expresión Plástica y Escuela Universitaria de Servicio Social.

Un integrante de la Clínica Jellinek explica brevemente el devenir institucional y se refiere al “impasse actual”

Esto nos lleva a considerar la primer pregunta planteada: Futuro de las CT's en el Uruguay, teniendo en cuenta su funcionamiento en la órbita privada.

Se señala que una de las constantes de la economía de las CT's privadas es que se está siempre en el límite de la sobrevivencia. Se plantea ¿los psicóticos no transcurren gran parte de su vida tratando precisamente de sobrevivir? Un integrante del grupo aporta datos censales sobre la estratificación socioeconómica de la sociedad uruguaya, el índice de morbilidad psiquiátrica y cuál sería el número potencial de usuarios. ¿Cuál sería, realmente, la posibilidad de respuesta a la oferta terapéutico-comunitaria en base a la capacidad económica de cada grupo social y a lo que el Estado dedica a estos fines?

Así como hay niveles socioeconómicos diversos habría instituciones terapéutico-comunitarias que trabajarían predominantemente en cada uno de estos estratos. Se trajeron ejemplos concretos de que, hoy por hoy, esto no es así. Las instituciones públicas no trabajan solamente con personas que socioeconómicamente se ubican en estratos de ingresos bajos y las instituciones privadas no incluyen solo personas de bajos recursos económicos sino más bien de un nivel medio y también de escasos recursos. Esto lleva al grupo a interrogarse ¿la clave es el dinero o la idiosincracia nacional respecto a la oferta terapéutica en base a auténticos recursos económicos? ¿Si todos tuvieran iguales posibilidades de acceso a las diferentes formas de tratamiento, elegirían a la CT? Vimos, en base a los datos aportados por una encuesta de opinión pública acerca de lo que es estar sano o enfermo – desde una perspectiva psicosocial – que los montevideanos consideramos que estar sano es no tener síntomas que perturben flagrantemente el funcionamiento familiar y social, que la enfermedad psíquica

¹⁸ Coordinadores: Dr. Artigas Pouy y Lic. Eliseo González Regadas.

es algo estrictamente individual que padecen, lo que rodean a ese individuo enfermo. La familia y la sociedad, por consiguiente, no aportan nada a esta situación. La enfermedad es un asunto del individuo que debe tratarse médicamente. Los únicos tratamientos que se conocen son de naturaleza médica: psicofármacos, choques eléctricos y medidas de contención por aislamiento (internación). Un mínimo de encuestados hace referencia a tratamientos psicológicos siempre de tipo individual. En base a ejemplos de situaciones concretas se aportan elementos demostrativos que la CT reclama una forma de compromiso terapéutico que va en un sentido diverso a estas concepciones de salud y enfermedad. Entre otros motivos, este ha sido uno de los determinantes de lo efímero de las experiencias de tipo comunitario que se han hecho dentro del ámbito público (se menciona algún otro como la falta de planificación y de políticas estatales en materia de salud a pesar de los esfuerzos actuales por hacer algún tipo de coordinación de los esfuerzos asistenciales en el ámbito público)

El grupo tiende a enfatizar los aspectos resistenciales del individuo, la familia y la sociedad al abordaje terapéutico-comunitario, más allá de que puedan haber o no dificultades económicas.

Se muestra escepticismo por parte de la mayoría de los participantes de este grupo de discusión respecto a la disposición del estado a modificar esta concepción de salud/enfermedad mental y a asignar los recursos de que dispone en forma diferente y con independencia de personas o grupos de presión coyunturales. Del lado universitario, no obstante, hay un optimismo al respecto. Un participante dice, que hasta tanto esto ocurra, si algún día acontece, que él piensa que las instituciones terapéutico-comunitarias deberían implantar alguna forma de actividad productiva propia que generara recursos económicos que le permitan subsistir más allá de los menguados aportes de sus escasos miembros. Se citan ejemplos de producción cogestionada y cooperativa en el ámbito de las artes gráficas como una alternativa viable.

Se hacen preguntas de este tenor, las que en su mayoría no pueden ser analizadas en profundidad por falta de tiempo:

- ¿Hay un verdadero interés por parte del Estado a que se implanten y funcionen CT?
- ¿El ámbito público es sensible a inquietudes de este tipo?
- ¿Se puede optar por un tratamiento comunitario en el ámbito público?

Queda planteado que una posibilidad de integración, en el sentido de “opción”, sería que ASSE destinara fondos para el pago de tratamientos terapéutico-comunitarios así como lo hace para otras formas de tratamiento.