

Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado - Otros

Sistematización de una experiencia: En un Centro de Rehabilitación Psicosocial

Autor: Paula Anyelina Cheveste Mesa

C.I.: 5.231.476-2

Tutor: Prof. Adj. María Mercedes Couso

Instituto de Psicología Clínica

Revisor: Prof. Adj. María Julia Perea

Instituto de Psicología de la Salud

2 de Mayo del 2019

Montevideo – Uruguay

Resumen

El presente trabajo se enmarca en la Licenciatura en Psicología, correspondiente a la Facultad de Psicología de Universidad de la República. Donde se realizará una sistematización de una experiencia práctica, realizada en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, donde la mayoría de los usuarios que concurrían eran diagnosticados con esquizofrenia.

Desde un enfoque crítico se realizará un breve recorrido histórico sobre “La Locura”, con el fin de evidenciar cómo su definición y formas de abordaje se fueron transformado según el momento histórico que nos ubiquemos. Se propondrá como modelo de intervención y habilitación los movimientos de la denominada Antipsiquiatría. Los cuales dieron lugar a un abordaje diferente y revolucionarios para la época, sobre las intervenciones, concepciones y tratamientos para las personas diagnosticadas con “enfermedades mentales”. Partiendo desde un enfoque humanizado y empático, brindándole a las personas un lugar protagónico en su tratamiento. También se expondrá como forma de intervención la Comunidad Terapéutica, la cual brinda una variedad de herramientas.

A través de la experiencia práctica y el transitar por la misma se busca exponer acerca de la importancia de los vínculos en la rehabilitación psicosocial, como así se cuestionará este concepto proponiendo el de Habilidad.

Palabras Claves: Rehabilitación Psicosocial, Habilidad, Comunidad Terapéutica.

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1: Contextualización de la experiencia.....	4
Capítulo 2: Esquizofrenia.....	7
Capítulo 3: Breve recorrido histórico sobre “La Locura”	11
Capítulo 4: El movimiento anti-psiquiatría.....	14
Capítulo 5: Comunidad Terapéutica.....	17
5.1 Surgimiento de la Comunidad Terapéutica.....	18
5.2 El concepto de Comunidad Terapéutica	19
5.3 La Dimensión Familiar en la Comunidad.....	21
Capítulo 6: ¿Rehabilitación psicosocial o Habilitación Psicosocial?.....	23
6.1 Estrategias de intervención	25
6.1.1 Cine Foro.....	28
6.1.2 Boletín Informativo.....	28
Reflexiones Finales.....	29
Referencias Bibliográficas.....	32

Introducción

El interés por la temática surge debido a la inserción como practicante de Psicología del Programa de Practicantados y Residencias en Servicios de Salud (ASSE – Facultad de Psicología, 2009). Donde tuve la posibilidad de realizar una experiencia práctica en un Centro Diurno de Salud Mental del interior del país. Dedicado a la rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales severos y persistentes, en donde los diagnósticos en su mayoría eran de esquizofrenia.

Se comenzará contextualizando la experiencia, ya que fue a partir de ésta práctica que me llevó a realizar un repaso teórico sobre que es la esquizofrenia, para así comprender lo que ésta implica. Cuestionando el lugar de la “locura” y como en la actualidad sigue visualizando un enfoque sostenido en concepciones pasadas. Por lo cual se realizará un breve recorrido histórico sobre “La Locura”, sus formas de abordaje y manifestaciones, como así las variaciones conceptuales según el contexto sociohistórico.

Tomando como referencia varios autores, como lo son Foucault con su análisis sobre la Locura, Cooper con su abordaje antipsiquiatría, la mirada revolucionaria de Basaglia y el enfoque H. Ey y Galende. Así también se considerarán los aportes de García Badaracco con su modelo de Comunidad Terapéutica, donde proponen resaltar la importancia de los vínculos, la escucha, la contención y la habilitación en personas diagnosticadas con esquizofrenia. En el cual se contempla la multidimensionalidad del sujeto, reconociéndolos como sujetos de derechos y deseos. Donde más allá del modelo de intervención y abordaje se considera que se debería enfocar en aquellos aspectos sanos y potenciarlos. Respetando la singularidad evitando las etiquetas y las estigmatizaciones.

Fue a partir de esta práctica donde me llevó a cuestionar: ¿Qué es la Rehabilitación Psicosocial?, ¿Es Rehabilitación o Habilidad?, ¿Qué es la Salud Mental?, ¿Qué participación tienen los usuarios sobre sus tratamientos?.

De ésta forma se realizará un recorrido por las dificultades que se fueron atravesando y sobre las herramientas utilizadas a la hora de intervenir y hacer frente a dichas dificultades. Ejemplo de ellas son: Cines Foros, Boletines Informativos, Trabajos con la Comunidad, Jornadas de Integración, entre otras que se desarrollarán en el trabajo.

En la reflexión cuestionaré el discurso social donde la enfermedad está instalada desde la cronicidad en el cual se posiciona al “loco” en un lugar de objeto y no de sujeto, el que no posee responsabilidad ninguna sobre sus actos. Planteando la necesidad de devolverle la responsabilidad al sujeto que padece, en la construcción de un espacio a habitar. Me pregunto si la sociedad esta preparada para darle un lugar a la circulación de sujetos “diferentes”.

Capítulo 1

Contextualización de la experiencia

El trabajo abordará mi inserción como practicante de Psicología en un tercer nivel de atención en salud, la cual fue en un Centro Diurno de Rehabilitación. Dicha práctica anual fue realizada en el periodo comprendido entre febrero del 2018 a febrero del 2019. La práctica se enmarcó en el programa de residentes y practicantes de Facultad de Psicología en convenio con ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

Fue a partir de ésta práctica que despertó en mí el interés por investigar sobre lo que implica trabajar en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, donde los usuarios que asistían eran en su mayoría personas diagnosticadas con esquizofrenia. Comenzando a Interrogarme sobre: ¿qué es la esquizofrenia? y ¿cómo se concibió “la locura” en la historia?. Sobre las distintas dimensiones que atraviesan la experiencia de la Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental, el lugar de la Grupalidad, lo Institucional y el trabajo con la Comunidad. Así como el rol del practicante y el trabajo en equipo en la atención de los usuarios.

El transitar por este tipo de experiencia permite replantearse lo instituido e instituyente de nuestro quehacer. Desempeñar el rol de practicante fue un gran desafío, ya que es una experiencia que me ubicó directamente en un hacer pre-profesional. Ésto me llevó a observar y replantear lo que significa el trabajo del Psicólogo en un Centro con estas características.

La participación e intercambios con los usuarios fue clave para cuestionarme sobre las prácticas naturalizadas que se llevan a cabo sin cuestionarlas. Sobre los estereotipos naturalizados frente a la enfermedad mental, y cómo pueden obstaculizar la construcción de conocimientos. Montero (2006) propone al respecto que “la práctica debe acompañarse de una sana actitud crítica, que debe en primer lugar aplicarse a las propias concepciones e ideas de los agentes externos e internos” (p. 79).

Cuando me refiero a reflexionar críticamente sobre la práctica, parto de la idea de tener una mirada profunda de la experiencia transitada, analizar esas tensiones y contradicciones que fueron surgiendo, darle un sentido para poder comprenderlas, para extraer aprendizajes que se puedan convertir en insumo para prácticas similares (Coppens & Van De Velde, 2005).

Es en este sentido, en estos encuentros y desencuentros que fueron surgiendo en el transitar de esta experiencia, es que considero oportuno poder extraer aquellos aprendizajes significativos.

El Centro comienza sus primeras acciones para su creación en el año 1989, donde funcionó por muchos años en diferentes locales o casas que habían sido donadas por personas de la comunidad. Fue en el año 2013 que se inaugura como Centro de Salud Mental en la modalidad de Centro Diurno dedicado a la Rehabilitación Psicosocial y gestionado por una comisión. La comisión estaba integrada por personas referentes de alguna institución, personas del barrio y algunos familiares de los usuarios.

En el año 2014 ASSE realizó un convenio con el Centro, donde ASSE brinda parte del Equipo del Servicio de Salud Mental del Hospital Departamental. Los técnicos que brinda son: una Psiquiatra quien es Directora Técnica del Centro, una Enfermera y Psicólogo (pero a causa de que no se hallaban disponibles, asistían Residente y Practicante de Psicología). Siendo esto motivo de gran complejidad, ya que en el centro no contábamos con referente de Psicología, por lo que fue de suma importancia las supervisiones constantes con docentes de Facultad de Psicología.

Los usuarios que concurrían al Centro en su mayoría los diagnósticos que tenían eran de esquizofrenia, al momento de realizar la práctica el mismo contaba con la asistencia de 17 usuarios, sus edades oscilaban entre 18 años y 50 años. Éste abría sus puertas de lunes a viernes de 13:00 a 17:00 horas, donde recibían la merienda y asistían a los talleres. El equipo técnico del Centro, además de los que presta ASSE, se encuentra conformado por una Administrativa y una Auxiliar de Limpieza quien a su vez era tallerista de cocina.

Se organizaba en diversos talleres como, Equinoterapia, Tejido, Expresión Corporal, Música, Cocina y otros que estaban en etapa de coordinación para su realización. Y es en este marco que tiene lugar la participación del Residente y Practicante de Psicología, participando de lo que se denominaba “Taller de Psicología” como coordinadoras.

Al comienzo de mi inserción en el servicio y comenzado el proceso de familiarización con el Centro con los usuarios y el personal comencé a observar el funcionamiento de éste. Respecto a la familiarización se toman los aportes de Maritza Montero (2006) en la familiarización los agentes externos e internos (de afuera hacia adentro, y de adentro hacia afuera), comienzan en forma conjunta un proceso de conocimiento e intercambio que implica además evaluar las expectativas.

Si bien la familiarización es un proceso que se da al inicio de la práctica, no se agota allí ya que la misma es un proceso continuo y nunca se termina de conocer la comunidad. A medida que transcurre el tiempo se van desvelando y descubriendo más sobre ésta. Cuando me refiero a comunidad tomo la definición de Montero (2004): "Cuando hablamos de comunidad no nos referimos a grupos homogéneos, pero sí a grupos compuestos por individuos que comparten conocimientos, sentimientos, necesidades, deseos, proyectos, cuya atención beneficiará al colectivo, beneficiando así a sus miembros. Y al respecto cabe decir que, de hecho, ningún grupo es perfectamente homogéneo, a menos que sobre él se ejerza una fuerza uniformadora de carácter autoritario. Y aun así, siempre habrá quienes rompan esa dominación" (p. 97).

La comunidad entendida desde esta perspectiva es considerada como un grupo en contante transformación, donde los integrantes generan un sentido de pertenencia e identidad social. Por lo que el Centro desde ésta perspectiva es considerado como una comunidad, integrada por los diferentes agentes, usuarios-técnicos-familia, entre otros.

En este proceso de familiarización observado el funcionamiento a nivel institucional los usuarios y su participación en el Centro surge una de las primeras interrogantes:

¿Cómo se trabaja un centro de salud mental, el cual se denominaba de Rehabilitación Psicosocial?

En el quehacer cotidiano se observaban prácticas que posicionaban al usuario en un lugar pasivo, donde no existía un proyecto institucional, objetivos definidos ni proyectos de vida para los usuarios. No había ningún caso que el usuario egresara del Centro, donde había personas que hacía más de 30 años que concurrían a éste. Ésto llamó mi atención y fue motor para realizar una revisión teórica sobre qué es la esquizofrenia y la locura y como se dio su abordaje en la historia. Y para así analizar el motivo por el cual se daban estas prácticas en el

Centro, el cual tenía concepciones normalizadoras que no contemplaban al usuario como sujeto de derecho donde no se apuntaba a la recuperación.

Capítulo 2

“La locura existe como el delirio que consiste en pronunciar realmente una verdad indecible en una situación inexplicable” (Cooper, p.166)

Esquizofrenia

En el Centro la mayoría de los usuarios tenían diagnosticado esquizofrenia, lo que me motivó a realizar una revisión teórica sobre el concepto y como va variando de acuerdo con las diferentes culturas. Tomando como representantes de las diferentes miradas en relación a la conceptualización de la locura a: D. Cooper, S. Freud, H. Ey, los aportes de DSMV y G. Badaracco.

La Esquizofrenia según D. Cooper (1967) la define como:

La esquizofrenia es una situación de crisis microsociales en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como "enfermo mental" y su identidad de "paciente esquizofrénico" es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado, pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasimédicos (p. 14).

En la cita se evidencia como D. Cooper desde este enfoque sostiene que la locura no se encuentra en una persona, sino en el sistema de relaciones en el cual se maneja el denominado loco. En este sentido dice:

La esquizofrenia, si significa algo, es un modo más o menos característico de conducta grupal perturbada. No hay esquizofrénicos individuales. La abstracción corriente del "enfermo" del sistema de relaciones en el que está aferrado distorsiona inmediatamente el problema y abre el camino a la invención de pseudoproblemas (p. 42).

Este enfoque si bien en la actualidad tiene vigencia, también se lo considera extremo, ya que las investigaciones y avances demuestran incidencias de factores no solo sociales y del contexto donde se desarrolla el sujeto, si no también aspectos singulares del sujeto los cuales potencia el desarrollo de la enfermedad.

S. Freud en "Neurosis y Psicosis (1995)" entiende que la psicosis es el resultado de un conflicto en el nexo entre el yo y el mundo exterior. Considerando que el origen de la psicosis se debe por una frustración de un deseo de la infancia sin cumplir. Señalado lo siguiente:

"La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior." (p. 155) Con respecto a las Esquizofrenias manifiesta que tienden a desembocar en la apatía afectiva, la pérdida de toda participación en el mundo exterior.

Por otro lado, H. Ey (1978) en su clásico Tratado de Psiquiatría, clasifica a la Esquizofrenia dentro del grupo de psicosis delirantes crónicas, realizando una detallada descripción de ésta. Donde señala que dentro de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, se encuentra el grupo de las esquizofrenias, la cual se caracteriza por un proceso de disgregación mental y se manifiesta tempranamente entre los 15 y 25 años (p. 472).

Cuando se refiere a grupos de las esquizofrenias es debido a que la clasifica en distintos tipos. Según las formas de comienzo de la enfermedad las clasifica en Progresivas, las de comienzo Agudo, es decir estados psicóticos agudos, por otro lado están las de

comienzo en forma Cíclica sobre un fondo esquizoide y por último las que se presentan con la forma Monositomática.

El autor define la Esquizofrenia de la siguiente manera:

“Como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en sus pensamientos autístico en un caos imaginario” (p. 473).

También señala que esta enfermedad está caracterizada por un conjunto de trastornos, como la ambivalencia, la discordancia, el autismo, la incoherencia ideó verbal, las ideas delirantes y las alucinaciones, como así perturbaciones afectivas profundas, como lo son el desapego y la extrañeza de los sentimientos. Donde tiene un proceso lento y progresivo con profunda disociación de la personalidad es decir desintegración de la vida psíquica del sujeto.

Dentro del Psicoanálisis la esquizofrenia es comprendida como una forma de psicosis, Laplanche & Pontalis (2005) sostienen que la Psicosis:

“Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal” (Laplanche & Pontalis, 2005, p. 321).

Estos autores destacan que la esquizofrenia posee como característica la incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas «discordancia, disociación, disgregación»), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actividad delirante más o menos acentuada, siempre mal sistematizada (Laplanche & Pontalis, 200, p. 128).

En la actualidad las clasificaciones utilizadas en su mayoría son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2014), creado por la Asociación Americana de

Psiquiatría. Del cual se realizará referencia ya que en el área de la salud es utilizado, y para dialogar con otras profesiones es necesario conocerlo. Pero del cual no se comparte la reducción que hace del sujeto a nomenclaturas diagnóstica, que desconocen la multidimensionalidad de la enfermedad mental.

Este manual considera a la esquizofrenia como un trastorno psicótico, y describe un conjunto de características diagnósticas donde considera que, para clasificar dentro de este grupo, debe prestar dos o más de los siguientes síntomas, como los delirios, alucinaciones, el discurso, el comportamiento desorganizado o catatónico. Y que al menos uno de los primeros tres descritos debe de estar presentes (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V, 2014).

Diciendo que se deben manifestarse de la siguiente manera: “los síntomas descrito deberán estar presentes durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes” (p. 54). Son característicos los déficits cognitivos de memoria, del lenguaje y de otras funciones ejecutivas, así como la velocidad de procesamiento, que se hacen visibles en los ámbitos como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal.

Por otro lado, García Badaracco en el artículo “Avances y Retrocesos frente a la Psicosis” (1994), considera que la Psicosis no puede entender como una patología individual. La psicosis la tenemos que visualizar en una trama relacional del ser humano con otros (...) Y es en este sentido que la psicosis es algo que se da como una distorsión en un proceso de desarrollo que debió “ser normal” y que no pudo llegar a ser normal porque se distorsionó. Las distorsiones del funcionamiento mental psicótico se producen los vínculos que debieron ser estructurantes de la salud mental (p.12).

Como se devela, a la hora de abordar la psicosis y específicamente la esquizofrenia se da cuenta que la salud como la enfermedad es una construcción social, la cual ha variado según el momento histórico. Por lo tanto, es necesario una visión multifocal y pluridimensional que contemple la multidimensionalidad del sujeto. Donde los sufrimientos psíquicos se deberían abordar desde la complejidad, reconociendo que el sujeto aviene sujeto en vínculo con otro, con la cultura donde se encuentra inserto. A la hora de trabajar en el centro como coordinadora del taller de psicología, se consideró clave en este sentido proponer intervenciones de trabajo, desde el enfoque descrito.

Capítulo 3

Breve recorrido histórico sobre “La Locura”

En el capítulo anterior sobre la conceptualización de la esquizofrenia, me lleva a repensar las formas de enfermar en los sujetos. Para eso fue necesario revisar materiales, documentos que evidencian como a lo largo de la historia todo aquello relacionado al padecimiento y sus formas de manifestarse fue cambiando en las distintas épocas.

En la antigüedad y edad media siglo V- XV se les asignaba a las enfermedades mentales un origen sobrenatural, relacionado a lo místico. Los enfermos mentales eran considerados herejes, adoradores paganos que voluntariamente permitían que los demonios ocuparan sus cuerpos y dirigieran sus vidas. Con el transcurso del tiempo, la idea de un pacto con el demonio resulto un buen recurso de control social (Carrasco & De La Cuesta, 2012, p. 33). La iglesia cobró un papel protagónico en ese entonces, ésta era depositaria de cultura y el dogmatismo fue la característica principal de esta época.

En el renacimiento el cual se desarrolló durante los siglos XIV, XV y parte del XVI se producen importantes cambios sociales, ante la crisis de la sociedad feudal y el ascenso de la burguesía, donde la ciencia comienza a separarse de la religión comienzan los avances tecnológicos. Con la instalación de la burguesía se comienza a hablar de la enfermedad mental. Ésta época fue caracterizada por el encierro y la marginalidad, comienzan a surgir los miedos de contagio y es aquí donde aparecen los asilos como forma de separar y controlar la pandemia, se atrapa la locura en los manicomios.

Foucault (1967), realiza un análisis de estas formas de exclusión de la locura. Según el autor “el loco” hereda los valores que se daban a los leprosos en la época, en ese entonces el leproso era considerado un pecador, y la enfermedad como un castigo divino, el cual hay que apartar como forma de salvación de su alma. Su figura produce gran temor, debido a su relación con la muerte, por lo que son apartados y abandonados en los leprosarios. Con la desaparición de la lepra, muchos de los lugares de encierro quedaron vacíos, pero es “el loco” junto con los pobres, vagabundos y reclusos quien será sucesor de ésta estructura de alienación.

M. Foucault (1967) hace referencia de la siguiente manera a éstas estructuras de aislamiento:

Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las "cabezas alienadas", tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual (p. 8).

En éste sentido los leprosarios pasan a ser lugares donde se deriva a ésta población, representando el primer antecedente del modelo manicomial. Es a comienzos del Renacimiento donde se empieza a funcionar otro mecanismo de supresión de la locura, el cual consistía en la costumbre de expulsar a los "anormales e insensatos" de la ciudad a través de barcos a la deriva, denominada por M. Foucault "Stulifera Navis", es decir "La nave de los locos", donde el loco era entregado al río con el fin de un ritual de exilio, purificación y sanación, donde no se podría escapar y la sociedad se encontraba a salvo de lo diferente, de lo raro, por lo que se trató de eliminar todo lo diferente, lo que no encajaba en los parámetros de la normalidad de la época por lo que se excluyó y se recluyó a la locura, operación social y política.

En la modernidad comprendida entre el siglo XVIII- XIX, las maneras de entender a la locura se encontraron atravesadas por el conocimiento científico, donde la postura dominante era el positivismo. La misma lo que pretendía era sustituir las concepciones anteriores por una teoría basada en el método y la razón lógica. Por lo que la locura pasa a ser considerada como lo privado de la razón, cambiando el modelo social a uno de disciplinamiento, vigilancia, corrección y castigo.

A partir de lo antedicho aparece un conglomerado de saberes técnicos, que definen lo que es normal y anormal, formulando diagnósticos, clasificaciones y tratamientos. Es ese momento que surge la psiquiatría, una de las figuras más relevantes de la época fue H. Ey (1978) en su clásico Tratado de Psiquiatría. Donde se refiere a los enfermos mentales, Psicóticos de la siguiente manera:

“Estos enfermos delirantes son, en efecto, los “alienados” en el sentido más completo del término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad común” (p. 448).

Desde este nuevo paradigma todo aquellos que se salían de la norma tenían que rehabilitarse para así poder ser productivos y aportar a la sociedad. A medida que fueran normalizados no se los veía como improductivos, pero a pesar de ellos, no eran incluidos a la sociedad, donde la vulneración y estigmatización se hacía presente.

Por otro lado, Galende (1998) hace referencia a que toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental. Una de las virtudes de los estudios de la psiquiatría transcultural ha sido mostrar la universalidad del padecimiento mental, como asimismo sus formas culturales. (...) Pero si el sujeto es normal por referencia a una norma, debemos señalar que no hay normas absolutas, lo que es absoluto es la necesidad histórica, humana, de la existencia de normas, en tanto éstas son constitutivas de la subjetividad (p. 82).

Historizando las diversas concepciones sobre la locura y el imaginario según las distintas épocas, se evidencia como a lo largo de los siglos fueron surgiendo una variedad de explicaciones en cuanto a lo que es la locura y su naturaleza. Como así una infinidad de lugares de encierro y aislamiento para apartar de la vida social aquello desconocido, diferente y que no encajaba con los parámetros de la “normalidad”. Y si bien se van adoptando formas de ver y definir lo que es normal y anormal en la sociedad, los modelos culturales van cambiando y con ello las manifestaciones del sufrimiento psíquico. En ese sentido, Galli. A, Grandinetti. Badaracco. G & Saindon (1994), dicen:

Tradicionalmente la locura ha sido encerrada con violencia. Segregaciones, internamientos, tratamientos crueles, hospitalismo, anormias forzadas. También clasificaciones reduccionistas, anuladoras del complejo espesor individual y social que contiene” (p. 1). Y agregan, criticamos, y con razón, la violencia de modelos predominantes en la organización social para encarar los sufrimientos psicóticos. Modelos institucionalizados que fragmentan las tramas constitutivas de lo humano, separan a las

personas de contextos vinculares en los que avinieron sus potencialidades psicóticas, para “tratarlos” como enfermedades que hay que aislar y segregar del tejido social (Galli. A et al., 1994).

Mannoni. M (1970) señala que debemos tomar conciencia de que la sociedad ha previsto siempre, de diversos modos, lugares donde colocar a sus locos, de que siempre le ha propuestos lugares de locura con los que pueda identificarse para satisfacerla, de que todo esto no es más que una parte de las instituciones mediante las cuales esa sociedad se protege contra su inconsciente (p. 32). Diciendo que es posible concebir otros métodos de protección menos crueles y ruinosos.

Se considera que los dispositivos de exclusión e imaginario en torno a la locura y, pero sobre todo el lugar que se le asignaba a la persona “enferma”. Acentuaron la base de lo que son los mitos y creencias sobre la locura incluso hasta la actualidad. Imaginarios que en la cotidianidad del centro inferían en la práctica, en el tratamiento y recuperación del usuario. Lo que motivo a buscar enfoques de trabajo que apostaran al cambio, a los aspectos sanos de las personas con algún sufrimiento psíquico, respetando sus derechos y singularidad. Donde se encontró el movimiento de la antipsiquiatría, la cual propone una forma totalmente humanizadora del trato hacia los usuarios.

Capítulo 4

El movimiento anti-psiquiatría

El Psiquiatra David Cooper fue uno de los propulsores del movimiento de la antipsiquiatría, la cual tiene sus orígenes en la década del 70. Éste consideraa a los hospitales psiquiátricos de ese entonces como espacios de encierro y aislamiento, que no aportaban a la rehabilitación de los pacientes, por el contrario, retraían y aislaban. Este se refería de la siguiente forma al pabellón psiquiátrico, diciendo que “en el hospital convencional proliferaban la alienación, el extrañamiento y la violencia sutil” (Cooper, 1967, p. 94).

Este movimiento critica el uso de los electroshocks, al desmesurado uso de los fármacos, la violencia ejercida en las personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental, como así el poder de la psiquiatría tradicional. Proponiendo un modelo humanizado, comunitario, donde se le da un lugar protagónico y activo a la persona en su tratamiento.

Fue así como surgió la Villa 21, inaugurada en el año 1962 con el objetivo de dar respuestas a las necesidades del momento, por un lado, lo que acontecía en ese entonces en los hospitales psiquiátricos, la violencia ejercida en los usuarios y los tratamientos deshumanizados. Fue así como se dio el surgimiento del proyecto, donde se buscó una casa en la comunidad por fuera de los muros del hospital psiquiátrico. La selección del personal se realizó un año antes de llevar a cabo el proyecto, donde se seleccionó rigurosamente a éste.

El programa contaba de reuniones periódicas con todos los participantes de la comunidad, es decir enfermeros, médicos, usuarios, familiares, entre otros. También había grupos terapéuticos conformados por usuarios, enfermeros y médicos. Por otro lado, había reuniones grupales, grupos de trabajos, encuentros grupales del personal y encuentros de grupos espontáneos. Éstos consistían en discutir e intercambiar sobre alguna situación en particular o general, por ejemplo, sobre alguna noticia en la televisión, entre otros.

Éste proyecto duró cuatro años y se puede decir que para la época fue una revolución y una forma novedosa de dar respuestas integrales ante los tratamientos de personas con diagnósticos de esquizofrenia. Permitiendo impulsar un nuevo abordaje de la “locura”, donde el respeto, los tratos humanizados y la participación de los usuarios en su tratamiento fue pilar fundamental de las prácticas de este movimiento.

Por otro lado, en Italia una de las figuras de gran relevancia fue el Psiquiatra Franco Basaglia. Quien fue director del hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia. Impulsando desde el periodo de 1961 a 1972 movimientos y cuestionamientos al modelo asilar, donde denomina a los manicomios como instituciones de violencia realizando comparaciones con la institución cárcel. Realizando la siguiente afirmación:

“La cárcel protege a la sociedad del delincuente, el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se desvió de la norma” (Basaglia, 1988, p. 16).

En este sentido Pasquale (2011) hace referencia que el Psiquiatra Franco Basaglia trabajo en el hospital Psiquiátrico de Trieste en el periodo comprendido entre el 1971 al 1979. Donde se enfocó y promulgo la ley N° 180/78 la cual apuntó al cierre de todos los manicomios en Italia, afrontado con respeto a la diversidad y enfocado en acciones de recuperación biopsicosocial. Donde se interviene en lugares de la vida cotidiana y el entorno, la comunidad,

además de hacer partícipes a todas las personas involucradas, no solamente a especialistas sino también a todas las personas que trabajan con los técnicos (p. 14).

La asistencia psiquiátrica en Triste estaba basada en un modelo comunitario, donde se trataba de que los usuarios salieran de hospital psiquiátrico, para participar en el exterior de este, por fuera de sus muros involucrándose con la comunidad, participando de diferentes eventos y actividades.

Reconociendo que el modelo asilar no sirve para la rehabilitación del enfermo mental, Basaglia et al. (1988) dice que el manicomio no responde a las necesidades del enfermo, sino que responde a las necesidades de la organización (...) Éste por el contrario en nuestro sistema social, por más lindo que sea va a ser siempre un lugar de violencia, porque la única finalidad es la de reajustar a la persona a las normas en la que vivimos (p. 28).

Con la creación de la Ley N° 180/78 se realiza la apertura de varios Centros de Salud Mental. La atención era ambulatoria, en algunos casos que lo consideraran oportuno era domiciliaria, como así también se crean hogares supervisados, donde la atención era más personalizada y específica para aquellos usuarios que demandaran una atención constante.

Galende (1990) Finalmente, las teorizaciones desarrolladas por los movimientos de desinstitucionalización, fundamentalmente la antipsiquiatría inglesa de Laing y Cooper y el movimiento de psiquiatría democrática que inició F. Basaglia en Italia, que recogieron, aunque en desarrollos y líneas teóricas diferentes, los movimientos de reforma de principios de siglo (Open Door, los movimientos de Higiene Mental, etc.). Estas corrientes no deben pensarse sólo en los valores de negación de la psiquiatría clásica que expresan, sino en las fundamentaciones de valores positivos que aportan a una nueva comprensión de los problemas de salud mental (p. 99).

Estos movimientos fueron los que llevaron a cuestionar modelos y enfoques tradicionales, proponiendo innovadoras formas de abordajes a personas con trastornos mentales graves. Ya sea reconociendo la importancia del contacto con el exterior, más allá de los muros de los hospitales psiquiátricos, como así proponiendo un trato humanizado hacia los usuarios.

Dándole un lugar de participación a las personas en su tratamiento, reconociéndolos como sujetos de derecho y no como objetos. Siendo estos movimientos las bases de un

abordaje integral de la enfermedad mental, como así de los diferentes recursos alternativos que se pueden brindar para su tratamiento. Y es desde éste abordaje que considero que debemos posicionarnos a la hora de hacer frente a prácticas como la que se realizó en el Centro de Rehabilitación.

Capítulo 5

Comunidad Terapéutica

En los capítulos anteriores se desarrollaron algunas de las dimensiones sobre lo que implica trabajar con “la locura”, específicamente con personas diagnosticadas con esquizofrenia. Como a través de una experiencia práctica llevó a cuestionarme sobre mis bases teóricas, mis propios imaginarios. Motivándome a buscar enfoques de intervención que apuesten al cambio, que respeten e involucren a la persona en su tratamiento, respetando sus derechos, contemplando la multidimensionalidad de la enfermedad y enfocándose en los aspectos sanos de las personas. En este sentido en Argentina, se encontraba el Psiquiatra Gracia Badaracco, quien fue Médico Psiquiatra y Psicoanalista Argentino y quien propone como forma abordaje para trabajar la comunidad terapéutica.

Señalando que la experiencia en la Comunidad podría encuadrarse dentro del movimiento antipsiquiátrico, en la medida en que comparten con la antipsiquiatría las críticas al uso tanático del electroshock, de las psicodrogas y del “poder” del psiquiatra asociado al “poder” de la familia. Donde el trabajo que se realiza en la Comunidad tiene semejanzas con los que D. Cooper realizaba en la Villa 21.

En cuanto a los principios de la comunidad terapéutica se apoya sobre todo en las ideas de Maxwell Jones, con quien comparte muchos de los enfoques con los cuales trabaja, “Creemos que en los pacientes existen disposiciones latentes a la curación y tratamos de que compartan, en la medida de lo posible, la responsabilidad de su tratamiento con el equipo. Estimulamos la comunicación libre entre los miembros de la Comunidad” (Badaracco, 1990, p. 39).

Si bien existen una variedad de Comunidades Terapéuticas la que se desarrollará en el presente capítulo será específicamente la creada por Jorge García Badaracco, que tratando de diferenciarla de las demás comunidades la denominó “Comunidad Terapéutica Psicoanalítica”.

5.1 Surgimiento de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica

Con respecto a la definición de lo que es la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica es importante destacar que es una forma de intervenir, la cual surgió motivada por el trabajo que realizaba Badaracco como jefe de servicio en el Hospital Borda, en el cual trabajaba en su sala desde una orientación psicoanalítica, donde además se realizaba psicoterapia en grupos grandes, con participación de los pacientes, del personal de la sala y de los familiares de los pacientes.

Es en este tiempo el cual trabajaba en el Hospital Borda específicamente en el periodo entre el año 1962 al 1972, es que desempeñaba la experiencia que hoy conocemos como grupo de psicoanálisis multifamiliar: cada mañana, en el espacio común de su sala reunió a los pacientes, a los familiares, a los enfermeros y a todos los médicos y psicólogos que quisieran participar, invitándolos a conversar acerca de los temas de la vida, la salud y la enfermedad. Una forma de trabajar que transforma al grupo multitudinario en un laboratorio de investigación de la mente humana, tanto de la sana como de la enferma. La mayoría de los pacientes crónicos de la sala (cerca de cuarenta personas) fueron dados de alta antes de que finalizara el año (Simond, 2012, p. 181).

Desarrollando una novedosa forma de abordaje para trabajar y un enfoque distinto de entender a la enfermedad mental, y el proceso terapéutico necesario para el tratamiento y curación de pacientes psicóticos. Estos fueron sus primeros impulsos para realizar la apertura de una Clínica Privada en la cual funcionaría la Comunidad.

La Comunidad surge en el año 1968, con la inauguración de una clínica privada, DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de Enfermedades Mentales), que a lo largo de sus veinticinco años de funcionamiento se convirtió en una referencia para toda América y sentó las bases de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (Simond, 2012; Mascaró, 2005).

En su libro “Biografía de una esquizofrenia”, se refiere con respecto al trabajo que se realiza en la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, y los recursos que funcionan dentro de esta donde hace referencia, a que “Incluye un conjunto articulado de recursos terapéuticos entre los que se encuentra el psicoanálisis, la terapia familiar, diferentes formas de terapia

grupales. El psicodrama, la terapia ocupacional, la musicoterapia, la expresión corporal, etc” (Badaracco,1982, p. 9). Donde destaca que la característica principal de la Comunidad es la participación conjunta en estas actividades terapéuticas de pacientes, familiares y del personal.

En la clínica la mayoría de las actividades eran grupales, algunos grupos constituidos por pacientes y familiares. Cada paciente, dentro del grupo y en general dentro de la clínica, establece relaciones interpersonales a través de las cuales pone en evidencia su personalidad, vive conflictos y revive situaciones infantiles que al ser analizadas y elaboradas se convierte en experiencias psicológicas enriquecedoras para el crecimiento yoico (Badaracco,1982, p. 161).

La principal característica es que este autor considera que la enfermedad mental se puede curar, si se le dan al paciente las condiciones necesarias para realizar su proceso terapéutico. Donde expresa que curarse significa desarrollar las capacidades de realización personal ya sea adaptándose a la sociedad en cuanto esto implique una forma de aceptación de la realidad, ya sea pudiendo cuestionar esta realidad o instrumentar sanamente recursos para cambiarla. Siempre, de alguna manera, será la consecuencia de un proceso terapéutico exitoso donde ha habido crecimiento psicoemocional y desarrollo de nuevos recursos yoicos más genuinos” (Badaracco, 1982, p. 44).

Y afirma que la experiencia les había mostrado que un enfermo mental es un ser que, por distintos motivos, constitucionales y ambientales, ha crecido con carencias psicológicas múltiples y que en su condición de enfermo no tiene los recursos necesarios para vivir en sociedad, establecer relaciones interpersonales satisfactorias, realizarse como personas y ocupar un lugar útil en la comunidad. Tiene entonces que aprender a vivir, y su proceso terapéutico va a construir en un verdadero desarrollo de su personalidad (Badaracco, 1982, p. 160).

5.2 El concepto de Comunidad Terapéutica Psicoanalítica

Con la comunidad terapéutica se hace un intento de crear un medio social que impida o disminuya los efectos negativos del viejo sistema (Hospital psiquiátrico). Independientemente de los múltiples factores en juego, la experiencia sugiere que el principio básico más importante subyacente al concepto de comunidad terapéutica es el de comunicación libre. Teniendo en

cuenta las relaciones equipo-paciente, tan importantes en cualquier programa terapéutico, reflejan en gran medida las relaciones entre los miembros del equipo, se deduce que una buena relación es un factor fundamental para lograr una atmósfera terapéutica (Badaracco, 1990, p. 27). Éste Visualizó a la Comunidad Terapéutica como una forma singular de terapia por la cual la estructura social total de la institución está incluida en el proceso terapéutico. Donde la misma está organizada y se desarrollaría para hacer utilizable como terapéutica todas las relaciones y todas las actividades en la vida del paciente.

La filosofía fundamental de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica se refiere a ciertas características básicas del ambiente terapéutico, que provee las respuestas adecuadas a las necesidades de los pacientes y aportan elementos necesarios para el crecimiento psicológico del ser humano. En primer lugar, existe en el personal que la constituye una disponibilidad particular, profesional y humana, para compartir en la medida de lo posible el sufrimiento psicológico del otro. El personal de la Comunidad se capacita permanentemente, donde en forma conjunta comparte una actitud terapéutica, la cual consiste “en considerar al paciente no como un enfermo que tiene algunos aspectos sanos residuales, sino como un ser humano potencialmente sano. Con un conjunto de dificultades más o menos importantes, que le han impedido y le siguen impidiendo todavía funcionar como un individuo “normal” (Badaracco, 1982, p. 162).

La Comunidad tiene que estar capacitada para servir como “continente” a las regresiones de los pacientes y estimular sus progresos. El tratamiento psicoanalítico por lo general es fundamental para poder ayudar al paciente a restaurar su personalidad sobre la base de la toma de conciencia de sus problemas y de la elaboración de sus conflictos profundo. A la hora de hacer referencia a personas con psicosis dice lo siguiente:

En el psicótico no hay una relación entre el contenido manifiesto y el contenido latente de la misma manera. Hay una distorsión que hace que nosotros lo que tenemos es que desmontar una estructura defensiva, es decir, la psicosis es una organización regresiva de la personalidad para poder controlar, dominar situaciones traumáticas, vivencias enloquecedoras, presencias enloquecedoras dentro del psiquismo. El paciente se siente prisionero, manejado, tironeado desde dentro y tenemos que encontrar la manera de poder asistir a ese yo indefenso, dominado por un mundo sometido, que representa en

cierto modo a la internalización del mundo sometedor y distorsionado en el cual tuvo que vivir y se formó y del cual no puede salir (p. 14).

Con respecto a considerar a la Comunidad como psicoanalítica, Badaracco (1990) dice: “La Comunidad Terapéutica será Psicoanalítica en la medida que tenga incorporada en su ideología los conceptos básicos psicoanalíticos especialmente referidos a la enfermedad mental, entendida como detención, distorsión o desviación del proceso normal del desarrollo psicoemocional” (p. 48).

5.3 La Dimensión Familiar en la Comunidad

La característica principal de la Comunidad es la participación de la familia, ya que se considera que cuando no se hace participe a la familia en el tratamiento del paciente la misma interviene de forma inadecuada en el proceso terapéuticos. Lo que provoca angustia frente a momentos difíciles del proceso que viven el paciente, pensando que no se están obteniendo resultados, por lo que se hacen necesarios cambios significativos en las relaciones intrafamiliares.

En este sentido, la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica funciona con la estructura de un campo multifamiliar. Se tiene en cuenta a los contextos familiares y su conexión con la enfermedad a tratar. Para incrementar las posibilidades, se recurre a la inclusión en el tratamiento de la “familia real”, con la cual el paciente y los terapeutas mantiene reuniones conjuntas, con el fin de transformar en una variable más regulable según las necesidades del proceso terapéutico.

Los primeros trabajos con grupos multifamiliares de G. Badaracco fueron en el Hospital Borda, donde comenzó a desarrollar esta forma de intervención y de la cual en la Clínica Privada profundizó e impulsó como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, para pacientes psicóticos la cual se basó sobre el trabajo terapéutico en el contexto multifamiliar.

Sobre la experiencia con los grupos multifamiliares en el hospital Badaracco (1990), expresa:

Durante mi experiencia en ese hospital, empezó a hacérseme cada vez más evidente que la patología de la psicosis - y en particular la psicopatología de los cuadros esquizofrénicos- podrían ser mejor estudiada y abordada terapéuticamente dentro del marco de la familia; y esta a su vez podría abordar mejor algunas de sus dificultades en el contexto de otras familias, es decir en un contexto multifamiliar (p. 84).

La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica debería funcionar como una familia sustitutiva o transicional durante el proceso terapéutico, capaz de generar un ambiente emocional de seguridad donde las múltiples interacciones permitan la realización de experiencias enriquecedoras de la personalidad y el consiguiente desarrollo de recursos yoicos, cuya carencia o déficit es una de las características de la enfermedad mental. La familia real del paciente tendrá que incluirse en la Comunidad para que pueda acompañar el proceso, hacer los cambios necesarios y realizar a su vez su propio proceso terapéutico familiar, en tanto que la observación muestra que la carencia yoica de los hijos, generadoras de su indefensión frente a los conflictos y demandas vitales, es la consecuencia de las propias carencias de los padres, condicionadas por las respectivas historias familiares (Badaracco, 1990, p. 48).

Como se desplegó la Comunidad Terapéutica en este caso la desarrollada por Badaracco se apoya sobre las bases psicoanalíticas. Pero es un enfoque que puede ser aplicado a cualquier institución sin necesidad de que sea específicamente psicoanalítica. Y es por este motivo que se consideró oportuno los aportes y rescatar los aspectos que nos puedan servir como insumos a la hora de trabajar por ejemplo en un Centro de Rehabilitación. Por lo tanto, la Comunidad Terapéutica no es una institución determinada como tal, diversas instituciones pueden funcionar como comunidad terapéutica. Por lo que los recursos y formas de abordajes que brinda el presente autor pueden ser aplicados en Centros de Rehabilitación, como el que se realizó la práctica.

En este sentido Badaracco (1990) dice: La Comunidad Terapéutica se va a ir estructurando como tal en la medida en que se vaya creando una manera de pensar compartida sobre la salud y la enfermedad mental sobre el proceso terapéutico y sobre la manera de implementar los recursos que sean realmente terapéuticos para los pacientes (p.89).

Capítulo 6

¿Rehabilitación psicosocial o Habilitación Psicosocial?

¿Es Rehabilitación Psicosocial lo que se realizaba en el Centro en el que participe desde mi práctica?, ¿El Centro funcionaba como un dispositivo de medio camino, como para lograr una autonomía progresiva? ¿De qué trata la Rehabilitación Psicosocial?, ¿Qué implica?, ¿Cómo integra los vínculos cercanos y los vínculos sociales?

Partiendo de definiciones:

- 1) La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), definen a la rehabilitación psicosocial como:

Un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja de un trastorno mental– para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, deshabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad (WAPR / WHO, 1997, p. 2).

En este sentido también dichas organizaciones plantean una serie de recomendación para tener en cuenta, las mismas son complementarias y algunas de ellas son:

- Apoyo social creando y manteniendo sistemas de apoyo a largo plazo, que incluyan al menos las necesidades básicas de alojamiento, empleo, relación social y ocio.
- Habilitar a los usuarios, mejorando la autonomía.

- Mejorar la competencia social mejorando las habilidades sociales individuales, la competencia psicológica y el funcionamiento ocupacional.

2) Del Castillo, Villar, & Dogmanas (2011), definen la Rehabilitación como: “Un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad” (p. 85).

La Rehabilitación Psicosocial consiste en un encuentro entre la persona que sufre un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. A su vez implica habilitar y brindar un lugar protagónico a la persona en su tratamiento, potenciando sus capacidades y su saber en un aprendizaje común hacia la construcción de un camino individualizado. Se hace necesaria la toma de conciencia de la persona que sufre trastornos mentales sobre sus necesidades, en relación con la familia y entorno social y del apoyo de los profesionales a cargo. Se plantea como objetivo principal que el propio sujeto, sabiendo de su condición ciudadana, pueda construir un proyecto de vida acorde a su gusto y a sus metas (Del Castillo et al, 2011).

Esta definición da cuenta de la importancia de incluir la dimensión familiar, del entorno, como así reconoce como fundamental la participación del usuario en su tratamiento. Donde “la rehabilitación” consiste en habilitación, es decir en habilitar una construcción conjunta con el usuario, creando un proyecto de vida, respetando su singularidad, sus preferencias. Considerando lo descrito como punto de partida a la hora de realizar nuestra práctica en el Centro, donde se parte de esta concepción que reconoce al usuario como sujeto de derecho y deseo.

3) La Ley de Salud Mental N° 19.529 en el Artículo 21, hace referencia a la Rehabilitación como una forma de abordaje la cual recomienda, aludiendo a la misma de la siguiente manera:

Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital (Ley de Salud Mental N° 19.529, 2017).

El concepto de rehabilitación desde estas perspectivas es insuficiente si solamente da cuenta de una adecuación del individuo a los requerimientos o exigencias sociales. No alcanza

con que se aprueben leyes o normas que anuncien la restitución del ejercicio pleno de la ciudadanía, si no se acompañan de una planificación y ejecución de recursos que garanticen un efectivo e integral programa de rehabilitación (Techera, Apud y Borges, 2009, p. 116). En este sentido definen que la principal función de la rehabilitación sería reintegrar la subjetividad de la persona en su relación con las instituciones sociales:

La rehabilitación debería apuntar a sostener importantes vértices que se ven afectados en una persona con enfermedad mental y que constituyen derechos universales. Por ejemplo, una casa donde vivir, un trabajo para sostenerse, o la posibilidad de disfrute y placer. Las estrategias en este sentido apuntarían a rescatar la singularidad y subjetividad de las personas (Techera, et al. 2009, p. 43).

Siguiendo con la cita anterior, es que me surge la necesidad de plantar una diferencia con el concepto de rehabilitación y proponer el de habilitación en relación con generar un espacio en la trama social que permita la circulación de lo diferente. La habilitación permite tanto al practicante como al usuario posicionarse desde una mirada que entiende necesario tomar la persona en la actualidad y construir un presente posible. Algunas estrategias de intervención que ensayamos junto a la residente en el centro fueron acciones que apuntarán a la habilitación de los usuarios en la vida cotidiana.

6.1 Estrategias de intervención

Tomando los aportes de P. Rivière, sobre la importancia de cuestionar la vida cotidiana, de interrogar y analizar las prácticas y saberes instituidos, se pensó que era necesario trabajar con los **Usuarios-Familia- Centro**.

Para mí, y hace más de 20 años que lo vengo sosteniendo, el enfermo mental es el portavoz de la ansiedad y conflictos del grupo inmediato, es decir, del grupo familiar. [...] El paciente, si uno lo analiza detenidamente, está denunciando, es el <alcahuete> de la subestructura de la cual él se ha hecho cargo y que trae como consecuencia el empleo de técnicas de marginalidad o segregación (internación en hospital psiquiátrico) [...]. El enfermo mental, entonces, es el símbolo y depositario del aquí y ahora de su estructura social.

Curarlo es transformarlo o adjudicarle un nuevo rol, el de <agente del cambio social> (P. Rivière, 1971, p. 38)

En relación con la vida cotidiana Protesoni (2002), expresa que “la vida cotidiana es el conjunto innumerable y heterogéneo de prácticas en las que transcurre la vida de los sujetos; el escenario de producción de sujetos y por sobre todas las cosas, de producción de subjetividad” (p. 18).

La vida cotidiana es el escenario del “hacer”, de las innumerables y heterogéneas prácticas, a través de las que transcurre la vida de los sujetos (...) al tiempo que es el escenario y el tiempo en el que se producen los sujetos, donde se produce la subjetividad (modos de pensar, hacer, sentir, que se construyen en determinando momento sociohistórico (...)) (Protesoni, 2002, p. 17).

Usuarios

Con los usuarios se trabajó a partir de los intereses y necesidades que surgían por parte de estos. Se realizaron jornadas de integración con el CAIF (Centro de Atención a la Infancia y a la Familia) del barrio. A través de un cine foro para niños donde la actividad era organizada y llevada adelante por los usuarios. Lo que permitió trabajar en aspectos de integralidad y aspectos relacionados con lo transgeneracional.

Se realizaron Jornada de ventas de alimentos producidos por los usuarios, realizados en la cocina del Centro lo que implicó trabajar la resistencia institucional. Como así en el majeo de los utensilios de la cocina, conseguir recetas de la familia y abrir el Centro hacia el exterior, trabajando con la comunidad.

En el taller de psicología se trabajó con el grupo, en generar grupalidad fomentando la participación, en desplegar el deseo, intereses de cada usuario, respetando la singularidad. Considerando que es en el vínculo con otro, con los otros donde se despliegan las potencialidades singulares y grupales de cada uno, donde también se habilitaba al sufrimiento y no se acallaba, donde se compartían las historias de vida. Lo vincular se refiere a la producción de subjetividad y la subjetividad se hace con otros, entre otros. Lo vincular crea y marca un

territorio, (...), entre los sujetos, los une y los separa, allí donde lo exterior se hace interior y lo interior se hace exterior. (Berenstein, 2006, p.19) Era en los relatos donde se identifican con los otros, donde surgían una infinidad de reflexiones, enojos, pero también surgen risas, amistades, parejas. Se observaba que cuando cada uno de los integrantes del grupo tenía la posibilidad de entender la problemática de los otros integrantes, podría también verse a sí mismo a partir de la mirada del otro, esto permitía potencializar la creación de una red de sostén y espacio de contención, donde se valoraba el encuentro, la palabra y la escucha.

Familia

Con la familia se trabajó la importancia de permitir que desde su hogar habilitaran a realizar cosas por sí mismos, por ejemplo, cocinar, hacer mandados, administrar su dinero, etc. En este aspecto es que se promovió en habilitar a realizar actividades de la vida cotidiana, destacando la importancia de permitir que los usuarios pudieran generar cada vez más mayor autonomía.

Centro

Con el Centro se trabajó sobre la importancia de que los usuarios realizaran de forma autónoma actividades de la vida cotidiana, como autogestionarse. Por ejemplo: realizar las compras, tomar decisiones, participar de las reuniones del centro, utilizar el mobiliario.

La modalidad del centro estaba organizada en diferentes talleres. Se observó que estos no tenían conexión, no había comunicación, tampoco coordinación entre los técnicos. Al visualizar que era necesario instancias de intercambio entre todos los integrantes, se proponen encuentros con Directora para pensar estrategias conjuntas, abordar diferentes situaciones que acontecían en la cotidianidad. Frente a las resistencias institucionales donde varias veces se mencionaban los fracasos ante las reuniones de equipo, nos enfocamos en trabajar desde nuestro lugar, “el taller de psicología”. Comenzando a pensar que podíamos hacer para realizar movimientos, que permitieran habitar el centro por parte de los usuarios como propio, sin tener que pedir permiso para usar el mobiliario, para ir al baño, entre otros. Fue así como se dio comienzo a intervenir en los “detalles” de la vida cotidiana del centro.

Proponiendo desde nuestro espacio: Jornadas de Integración, Boletines Informativos, Cines Foros, Salidas Recreativas, entre otras actividades, utilizadas como herramientas de intervención.

6.2.1 Cine Foro

El cine foro consistía en seleccionar entre todo el grupo una película, documental, entrevista, que permitiere analizar su contenido y poder indagar sobre los intereses de los usuarios, las relaciones de pareja, la sexualidad, como entablar un vínculo con los otros, como afrontar situaciones de abandono. Reflexionado sobre la posibilidad de pensar un futuro por fuera de la institucionalidad.

De los encuentros se seleccionó alguna de las reflexiones grupales, con relación a ¿por qué la sociedad no habilita la circulación de “sujetos diferentes” y que se puede hacer? Se ensayaron posibles respuestas:

- Informar a la sociedad sobre lo difícil que es volver a integrarse a la vida social después de haber estado internado en instituciones mentales.
- Realizar campañas informativas sobre los mitos de la “enfermedad mental”.
- Se reflexionó sobre derechos a tener un trabajo, a tener una casa, a ser tratados con respeto, a participar en la sociedad. Respetando la diversidad.

6.2.2 Boletín Informativo

La elaboración del boletín informativo tenía como objetivo contribuir a la promoción y prevención de la salud mental. Se entiende como salud mental según la Ley de Salud Mental N° 19529 que rige en nuestro país:

Un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.
(...) Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.
(Ley de Salud Mental N° 19.529, 2017)

Una forma de trabajo colectivo fue la elaboración del boletín informativo, que implicó estimular la creatividad, las capacidades cognitivas, contribuyendo a la desestigmatización en la comunidad, potenciando el desarrollo de las habilidades instrumentales como psicosociales. Generando impacto en los usuarios al ser actores, promotores del boletín, así como participar en la distribución hacia la comunidad. (El boletín tenía una frecuencia bimensual)

Cabe destacar que, de acuerdo con Ley de Salud Mental, de la República Oriental del Uruguay (2017), que declara de interés nacional y de orden público las actividades orientadas a la promoción, prevención y atención de la salud mental desde una perspectiva de Derechos Humanos.

Reflexiones Finales

Como se trató de evidenciar en el trabajo considero que la Habilitación Psicosocial es una forma de abordaje que implica trabajar en conjunto con los usuarios sobre sus intereses y sus proyectos de vida. Se considera de suma importancia que en las intervenciones se propongan actividades que habiliten y que sostengan a los usuarios. Trabajar con la persona que es ahora, trabajar en construir, mejor dicho, co-construir porque es con el usuario, respetando su singularidad, su deseo, sus preferencias, entre otras variables que hacen a la recuperación.

Resaltando la importancia de ofertar un lugar diferente de cuidado, en el cual el sujeto sea protagonista, donde se lo reconozca como sujeto de derecho y deseo. Ya que muchas veces se toman decisiones por ellos, sin consultarles tratándolos como si su opinión y participación no fuera necesaria. Por ejemplo, no pueden decidir que ropa usar si desean realizar alguna actividad, cocinarse, entre otras decisiones de la vida cotidiana la cual se les limita. Es por este motivo que pienso en la importancia de lo vincular y la incidencia en el sujeto y en el desarrollo de la enfermedad, por esto en las intervenciones realizadas en el Centro se dio un lugar al contexto del usuario, trabajando sobre su cotidianeidad.

Considero clave pensar la habilitación, haciendo partícipe a los propios involucrados, teniendo en cuenta como ellos se hacen responsables como sujetos de derechos. Partiendo de una mirada holística que contemple la multidimensionalidad y complejidad del ser humano. Donde será fundamental trabajar de forma interdisciplinaria, conjuntamente con la sociedad y la participación del estado con políticas públicas.

El transitar por esta experiencia práctica me permitió poder repensar en cómo trabajar con la comunidad, es indispensable. Trabajando para la habilitación de espacios habitantes de estos sujetos que muestren lo que los demás no quieren ver. El concepto de Comunidad podría remplazar la idea de Centro, desde una perspectiva de generar y crear lazos en lo grupal, y no como lugar para nuclear lo diferente. Generar sentidos de pertenencia, convivencia, donde el estar con otros permite reconocerse como sujeto de derecho y deseo

Reflexionar críticamente sobre la experiencia me permitió significar de otra manera, donde en los primeros momentos causo mucha indignación determinados funcionamientos institucionales. Pero esto fue motor para buscar la forma de poder intervenir y hacer cambios motivando a realizar movimientos instituyentes. Donde la tensión fue en el cómo integrar el sentido de la vida cotidiana, el encuentro con la diferencia, como generar espacios de convivencia que permita desde el interior y exterior del Centro la circulación de sujetos diferentes.

Promoviendo el respeto por la diferencia y la posibilidad de un proyecto posible de la circulación en la vida cotidiana. Esto implica un trabajo con el sujeto que sufre y su contexto, su familia. Pensando en cómo reconstruir esos vínculos, dándole mayor libertad y autonomía, pero también responsabilidad. Ya que a nivel social “al loco” se lo despoja de toda responsabilidad, Se coloca a la persona psicótica en un lugar de un objeto que no posee responsabilidad ninguna sobre sus actos. Por lo que la etiqueta del “loco” le roba su identidad y le otorga cierto tipo de irresponsabilidad a su gesto y su palabra. Como “loco”, se sabe perdonarlo, pero también excluido y remitido a la más total de las soledades.

Foucault muestra como la locura después de haber sido rechazada de la sociedad razonable, ha sido recibida en el mundo científico. El conocimiento de la locura que pudo adquirirse a partir de este hecho ha conducido a denunciarla más bien que a reconocerla. En el contexto social actual, “desde el momento en que alguien se lo diagnostica como enfermo mental se lo priva de todo valor social y solo se lo trata en términos de poder (violencia)”

(Mannoni, 1985, p. 52) Por lo tanto, es clave trabajar desde una mirada en donde los usuarios sean responsables como sujetos de derechos.

Considero oportuno potencial y optimizar los recursos de las redes en el diagrama de la habilitación o rehabilitación de los usuarios de salud mental. Y como futura profesional considero que se debe revisar en forma permanente las acciones llevadas a cabo en nuestras intervenciones. Así como el análisis de las instituciones en la cuales desempeñamos nuestro rol, que muchas veces tienden a reproducir compartimentos estancados en el tiempo, con programas obsoletos.

Pienso que el programa y el vínculo Facultad de Psicología – ASSE a través del Programa de practicantes y residentes es muy importante ya que permite formar profesionales que tengan un perfil que se adecúe a las características del nuevo sistema de salud. Y en un contexto de transición de miradas sobre la salud mental y la implementación de un nuevo enfoque, que apunta a una mirada integral. Es fundamental repensar la Salud Mental en nuestro país, en cuanto al nuevo marco legal que rige en el Uruguay y como hacer uso de este como herramienta. En cuanto a la ley N° 19.529 la cual se aprobó en el año 2017 y los cambios que se prometen, esta ley que significa avances importantes perspectivas de derechos y es necesario conocerla e implementarla.

Referencias bibliográficas

- Apud, I.; Borges, C y Techera, A. (2009) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Central de impresiones Ltda.
- ASSE - Facultad de Psicología. (2009). Convenio entre la Administración de Servicios de Salud del Estado y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. Recuperado de: https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA.
- Berenstein, I. (2006). El sujeto y sus vínculos: un mundo de posibilidades. *Trabajo presentado en Jornada Anual de Contemporáneos: Instituto de Psicoanálisis y Transdisciplinariades*, Puerto Alegre, Brasil.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C., (1978), Tratado de psiquiatría, 8ª Ed Elsevier España.
- Basaglia, F., Langer, M., Szasz, T., Caruso, I., Verón, E., y Suarez, A., (1988) *Razón, Locura Y Sociedad*. Editorial: Siglo XXI de España Editores, S.A.; Edición: 9.
- Calatayud, F. M. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Editorial: Paidós Ibérica
- Carrasco. S & De La Cuesta (2012). Introducción a las teorías Psicológicas. Montevideo, Uruguay. Psicolibros.
- Cooper, D. (1978) *El lenguaje de la Locura*. España. Traducción del inglés de Alicia Ramón García. Editorial: ARIEL S. A.
- Cooper, D. (1967) *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Inglaterra: Tavistock Publication

- Coppens, F., & Van De Velde, H. (2005). Sistematización. Texto de referencia y de consulta. Nicaragua: CICAP.
- Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96.
LTD. Reimpresión: Argentina: Gráfica Santo Domingo.
- E. Pasquale (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351. Recuperado de:
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. D.F, México: Fondo de la cultura económica.
- Freud, S (1923-1925) *Neurosis y Psicosis* (Vol. 19, pp. 151-160) Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de:
<http://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20-%20Tomo%20XIX.pdf>
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Bs. As.: Paidós
- García Badaracco, J. (1982). *Biografía de una esquizofrenia*. México Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- García Badaracco, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A. Colección Continente/Contenido.
- Galli, Grandinetti, Badaracco y Saidon (1994). Avances y retrocesos frente a la psicosis. *Zona Erogena* N°21.

Giménez, L (2012) Practicantados para estudiantes avanzados de psicología en el campo de la salud, en los servicios de la administración de servicios de salud del estado ASSE.

Recuperado de:

http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59052/mod_resource/content/2/Propuesta%20para%20Practicantado%20Luis%20Gimenez.pdf

Mannoni, M. (1985). *El psiquiatra, "su loco" y el psicoanálisis*. Mexico. Siglo veintiuno editores, sa.

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. Buenos Aires. Paidós.

Montero, M. (1996). La participación: significados, alcances y límites. En E. Hernández (Coord.), *Participación: ámbitos, retos y perspectivas*, pp. 7-20. Caracas, Venezuela: CESAP.

Laplanche, J.& Pontalis, J-B., (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidós.

Ley N°18.211 (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. República Oriental

del Uruguay. Recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484981184453.htm>

Pichon Rivière, E (1971). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Programa Nacional de Salud Mental (2011) Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

Recuperado de:

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Protesoni, A. (2002). Vida Cotidiana: Un campo de problemática. En Psicología Social: Subjetividad y Procesos Sociales, comp. Fernandez, J & Protesoni, A. Tradinco, Montevideo.

Simond, H. (2011). Autores de referencia: Jorge E. Garcia Badaracco. Teoria y practica grupo analítica, 2(1), 180-90. Recuperado de: <http://www.grupoanalisis.net/wp-content/uploads/2014/01/Autores-de-referencia-Jorge-Enrique-García-Badaracco1.pdf>

Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 07 de mayo de 2019, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Weinstein, L (1978). La salud y el proceso de cambio. En *Salud y autogestión: La antimedicina a examen*. Montevideo, Uruguay: Editorial Nordan.

WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial), y OMS (Organización Mundial de la Salud), (1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO. Wapr Bylletin, 8(3).