



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

¿Re-habilitación Psicosocial o Neo-habilitación? Una mirada desde la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar

Autora: Camila Evora Medina - 4.386.135-4

Tutora: Lic. Psic. Laura de Souza Alonso

Montevideo, Julio 2015

Índice

Agradecimientos

Resumen-Palabras Claves.....página 3

Capítulo I. Introducción:

¿Hay un cambio de paradigma en la Salud Mental?página 4

Capítulo II.

Los atravesamientos del poder psiquiátrico en Salud Mental.....página 6

Capítulo III.

¿Qué son los Trastornos Mentales?página 10

Capítulo IV.

Perspectivas actuales de la Rehabilitación Psicosocial.....página 15

Capítulo V.

¿Salud Mental en la comunidad o con la comunidad?.....página 23

Capítulo VI.

Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar.....página 24

Capítulo VII.

La técnica psicoanalítica al servicio del proceso terapéutico
multifamiliar.....página 29

Capítulo VIII.

Consideraciones finales.....página 37

Agradecimientos

Esta monografía es posible gracias a la gran 'mente en trama' que conforma el Laboratorio Uruguayo de Re-habilitación CIPRÉS; es por eso que mi agradecimiento es para todos sus participantes: usuarios, familiares y equipo técnico... ¡GRACIAS! Por dejarme ser parte y enseñarme que las revoluciones aún son posibles si construimos juntos.

Agradezco a mi tutora por la comprensión, la disponibilidad y el sostén brindado en este proceso; pero sobre todo por no coartar la libertad de este trabajo.

A mis amigos, pero sobre todo a mis padres: Elso y Lily, por ser mis guías en este camino de ir buscando utopías...

Resumen: Esta monografía da cuenta de la incidencia que posee el dispositivo de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar en el proceso de Rehabilitación Psicosocial de personas con padecimiento psíquico grave, centrándose en algunas particularidades del uso de su técnica. Este abordaje conlleva a problematizar cambios en el paradigma de la salud mental hacia una perspectiva integral, donde convergen diversas transformaciones epistemológicas, éticas, estéticas y socio-políticas a lo largo de la historia. El Psicoanálisis Multifamiliar propuesto por el Dr. Jorge E García Badaracco crea un dispositivo 'dentro' y 'con' la comunidad que trabaja con familias perturbadas. Esta perturbación está sujeta a modelos vinculares patógenos, provocando sufrimiento en todo el grupo familiar. El trabajo con la Comunidad Terapéutica facilita de-construir entramados enfermos para posteriormente construir experiencias novedosas y enriquecedoras que desarrollen el sí mismo genuino de todos los participantes, tanto sea en usuarios de salud mental como también en los terapeutas.

Palabras Claves: Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar - Psicoanálisis Multifamiliar - Interdependencias recíprocas - Paradigma en Salud Mental

Summary: This monograph is about of the incidence that has the dispositive of the Multifamily Therapeutic Psychoanalytic Community in the process of the Psychosocial Rehabilitation of people who suffer some psychoproblem focusing on little things about it. This aproach leads to make some problematic changes in the mental health paradigm to an only perspective, where different epistemologics, ethics, estetics and sociopolitical transformations converge a long the history. The Multifamily Psychoanalysis proposed by the Dr. Jorge E. García Badaracco creates a device inside and with the community that works with the disrupted families. This disrupt depends on the relationship with their families causing suffering in all the family. The work with the Therapeutic Community facilitates de-construct interrelated ill people to constructivo new and enriching experiences later, which develop the genuine self of all the participants. This is not only for the mental health users but also for the therapists.

Key Words: Multifamily Therapeutic Psychoanalytic Community - Multifamily Psychoanalysis - Interdependence relationship - Mental Health's Paradigm

Capítulo I. Introducción:

¿Hay un cambio de paradigma en la Salud Mental?

“Cuando hablamos del ser humano como una unidad psicosomática, no tenemos suficientemente en cuenta que estamos inmersos en una sociedad y en una cultura, en la cual lo que llamamos ‘mente’ empezó siendo grupal-familiar más que individual propiamente dicho, como ahora lo consideramos”
Jorge E. García Badaracco

El objetivo de esta monografía como trabajo final de grado consiste en dar cuenta de los aportes que la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar propone para la mejora de la calidad de vida de los usuarios de salud mental. Éstos comienzan a ser visibilizados como ciudadanos insertos en la comunidad, en un contexto social determinado que despliega diversos roles: padres, madres, hijos, hermanos, amigos, entre otros; habilitando la posibilidad de desarrollar potencialidades sanas y recursos propios genuinos en un ambiente seguro y contenido.

Dentro de un proceso de Re-habilitación Psicosocial se comienza a dar sentido a las historias vividas de cada uno de los participantes y a sus relaciones interpersonales, intentando ‘recuperar’, ‘restaurar’ aquello que se perdió o desarrollar nuevas experiencias que enriquezcan de forma creativa la vida de las personas.

El Psicoanálisis Multifamiliar considera imprescindible abordar el padecimiento psíquico dentro de una trama familiar enfermiza y enfermante que provoca tensiones, depositando una situación perturbadora en uno de los miembros del grupo familiar. Por dicha razón la técnica favorece en ‘disolver’ interdependencias recíprocas patógenas que obturan el desarrollo psicoemocional de los participantes.

Estas consideraciones conllevan a pensar en un cambio epistemológico y paradigmático en las concepciones de salud mental. Un paradigma es una forma de contemplar el mundo y hacer ciencia, donde está incluido qué pensar y cómo pensarlo, sugiriendo qué puede ser problema y por dónde puede estar la búsqueda de la solución (Amy, A; 2007: 120); estas transformaciones y formas de concebir el padecimiento psíquico al servicio de modelos psicosociales de Re-habilitación e inclusión social, comunitaria, laboral y familiar cobran importancia actual desafiando viejos paradigmas sustentados en la lucha de poderes del

Modelo Médico Hegemónico: *¿realmente estamos transitando un cambio de paradigma?, ¿coexisten viejos paradigmas con nuevas concepciones?*

Si bien es de considerar que comienzan a surgir perspectivas comunitarias integrales que tienden a abandonar viejos modelos manicomiales propuestos por la psiquiatría clásica, se vuelve necesario pensar críticamente si realmente se está frente a un cambio del modelo asilar totalmente dependiente o se aproxima otro tipo de dependencia más flexible, pero que sigue limitando visualizar a los usuarios de salud mental como sujetos de derechos debido a que aún permanecen ‘sujetados’ a viejas lógicas de control y poder.

“¿Re-habilitación Psicosocial o Neo-Habilitación?” implica (re)pensar cómo se posiciona una comunidad en su totalidad (sea científica o no) frente a la Salud Mental y con qué intencionalidades: *¿hasta qué punto no se siguen reproduciendo modelos paradigmáticos anteriores?*

Esta monografía se divide en varios capítulos; el primero introduce una contextualización breve del devenir socio-histórico de los atravesamientos del poder psiquiátrico junto al desarrollo de diversos dispositivos institucionales y abordajes terapéuticos, implementados a lo largo de la categorización de ‘enfermedad mental grave’.

El segundo capítulo delimita el tipo de población para la cual se destina este dispositivo hipercomplejo, haciendo referencia a la población de ‘Trastornos Mentales’. Como no se encuentra una definición concisa sobre este concepto se recorre diversas concepciones de ‘Psicosis Crónica’ y ‘Esquizofrenia’; algunas de mayor antigüedad como ser aquellas planteadas por Sigmund Freud y Henry Ey que parten de corrientes psicoanalíticas y psicodinámicas más clásicas, hasta vertientes actuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, la visión psicodinámica planteada por Glen Gabbard y las diversas transformaciones conceptuales que propone el Psicoanálisis Multifamiliar de Jorge E. García Badaracco.

El tercer capítulo aborda las perspectivas actuales de Re-habilitación Psicosocial y el modelo de paradigma vigente sobre ‘recuperación’ a través de consensos internacionales y también aportes nacionales. Además, se describen las transformaciones y desarrollos que han tenido las salas de internación, ‘Centros Diurnos’ u ‘Hospitales de día’ que funcionan como Comunidades Terapéuticas Psicoanalíticas Multifamiliares en una red multicéntrica que engloba a Uruguay y otros países. Por último, se enfatiza en la historia y los objetivos que

delimita la Comunidad Terapéutica 'CIPRÉS: Laboratorio Uruguayo de Re-habilitación', siendo el único Centro de Re-habilitación de Estructura Psicoanalítica Multifamiliar en el país.

El cuarto capítulo describe el modelo de Salud Mental Comunitaria, en el cual se focaliza esta nueva reforma en Salud Integral y un paradigma desmanicomializante en donde se destaca el trabajo 'en' y 'con' la comunidad.

El quinto capítulo explicita generalidades de la Comunidad Terapéutica como ser aspectos que hacen a la construcción de su ideología y sus intencionalidades; posteriormente se especifica en las características de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar.

Por último el capítulo seis, menciona la especificidad de la técnica al servicio del proceso terapéutico de la familia perturbada. Se abordan conceptos como el de 'transferencia', 'contratransferencia', interdependencias recíprocas, virtualidad sana, entre otros.

Capítulo II.

Los atravesamientos del poder psiquiátrico en Salud Mental

*"La cuestión era que dentro de aquella comunidad,
el egoísmo que domina nuestras vidas era afrontado de otra manera:
mi sufrimiento era el sufrimiento del otro"*

Franco Basaglia

Debatir sobre los Trastornos Mentales Severos y el impacto que generan los mismos en las familias y en la sociedad actual es una tarea que implica un compromiso ético-político en el quehacer de los profesionales de la salud mental. Para ello se torna necesario conocer los atravesamientos que a lo largo de muchos años ha transitado este escenario.

La enfermedad mental está relacionada con la vulneración de los Derechos Humanos que poseen todas las personas portadoras de un diagnóstico psiquiátrico y sus familias; situaciones de exclusión socio-familiar, estigmatización e inclusive falta de protección y de tratamientos por parte del Estado, son algunos aspectos a tener en cuenta si se apuesta a realizar un verdadero cambio en salud integral.

Marcolini y Michelini (2014) manifiestan que la exclusión social, se ve reflejada desde los inicios de la categoría de 'enfermedad mental' donde se elegían lugares alejados de la urbanización como ser quintas, para albergar a personas que sufrían trastornos psíquicos. Posteriormente estos lugares pasaban a convertirse en hospitales psiquiátricos, como en el caso del hospital de agudos Teodoro Vilardebó, inaugurado el 25 de mayo de 1880.

El efecto iatrogénico paralelo al aislamiento que produce la internación psiquiátrica, trae como resultado la polarización de 'los sanos' y 'los enfermos'; generando una marca identitaria, un 'estigma social'¹ como resultado de la imagen desvalorizada que la sociedad le devuelve a quienes padecen psíquicamente. Gutiérrez, Rossi y Prieto (2003) señalan que la pasivización y el alejamiento de las relaciones sociales está asociado con la construcción de una identidad alienante: una nueva forma subjetiva de habitar el mundo como sujetos estigmatizados.

Amarante (2009) hace referencia a que un sujeto 'alienado' conlleva a pensar en un sujeto con disturbios emocionales capaz de producir desórdenes mentales, junto a la incapacidad de percibir la realidad. Es alguien que se encuentra 'fuera de' o 'afuera de' (fuera de sí o afuera de la realidad, sociedad, entre otros); implica terminar convirtiéndose en un otro peligro, que no hace más que generar miedo y sentir miedo.

La psiquiatría nació a fines del siglo XVIII, en Uruguay la primera cátedra fue creada en 1907 y la sociedad de psiquiatría en 1923, marcando una diferenciación para el tratamiento de las enfermedades mentales en hospitales específicos y no en los generales. (Bespali, Y; de Pena; M; 2000: 381).

En el siglo XVIII comienzan a desarrollarse las primeras terapias corporales donde se somete a los sujetos a condiciones deshumanizantes. Se han utilizado para su contención máscaras de hierro, cadenas, grilletes, entre otros, dándole continuidad a la idea de enfermedad mental como peligrosa para la sociedad. En Uruguay, el Dr. Canaveris, psiquiatra de la época, propone un reglamento en el año 1879 manifestando lo siguiente: "los medios de sujeción que se usarán para con los furiosos y dañinos serán, la camisa de fuerza, los cuartos fuertes, el cinturón con manoplas, las manijas en las extremidades, con exclusión de todo otro medio violento". (Bespali, Y; de Pena, M; 2000:381).

Posteriormente en el año 1912 se desarrolló una 'colonia agrícola' como la primera comunidad terapéutica del país, nombrada Dr. Bernardo Etchepare. Esta colonia tenía la

¹ Según la Real Academia Española (RAE), 'estigma' refiere a: "Marca o señal en el cuerpo", "mala fama", "lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional o hereditaria".

característica similar a un hogar protegido para aquellos alienados que no poseen familia. (Casarotti, H; 2007: 155).

De esta forma, el modelo asilar fue el recurso terapéutico más utilizado entre el siglo XIX y XX; posteriormente comienzan a desarrollarse diversos talleres para los asilados, como ser carpintería, zapatería, herrería, albañilería, pintura, costura, entre otros. En la década del 30 la Laborterapia, más conocida como Terapia Ocupacional, ha sido de gran aporte para el tratamiento de la patología mental grave. (Bespali, Y; de Pena, M; 2000: 381).

Atravesando la misma época, Zito Lema (1988) hace mención a la primera práctica psiquiátrica del pionero de la Psicología Social Latinoamericana Enrique Pichón Riviere, en el Asilo de Torres de oligofrénicos, donde su principal tarea consistía en organizar con los internados un equipo de fútbol. Además, trabajó en el Hospicio de las Mercedes, actualmente conocido como Hospital José Tomás Borda, donde formó grupos operativos con los enfermeros, con el fin de comprender la enfermedad mental y mejorar el vínculo con los usuarios. Posteriormente, frente a la carencia de enfermeros en su Sala, realizó un curso de enfermería para aquellos usuarios que su estado de salud estaba en mejores condiciones. Como resultado, los mismos tuvieron una nueva adaptación a la sociedad mejorando su autonomía, siendo visibles como ciudadanos activos y no como 'los locos'.

A su vez surgieron los primeros tratamientos específicos de la psiquiatría como ser, la insulino-terapia y el electroshock; además de dar comienzo a los estudios sobre la familia relacionada a la psicopatología de uno de sus miembros. (García Badaracco, J; 1990: 23).

Alrededor de 1950 se da paso al tratamiento con neurofármacos y el modelo asilar comienza a desdibujarse de a poco. Galende (2008) hace mención a un cambio cultural y ético en relación a cómo abordar los síntomas que provocan padecimiento mental y al malestar que generan los mismos en la cotidianeidad de los sujetos; donde como consecuencia de este cambio, el mercado los transforma en objetos de consumo, como así también, en un otro distinto a lo que es en su autenticidad.

A continuación surgió el desarrollo de terapias grupales y de la terapia familiar dándole mayor trascendencia a las relaciones objetales en la génesis y el mantenimiento de las estructuras patológicas comportamentales en toda una familia. (García Badaracco, J; 1990: 23).

Amarante (2009) alrededor de 1959, menciona que el doctor Maxwell Jones comenzó a organizar grupos de discusión, operativos y asambleas, convocando a la participación activa de todos los miembros implicados de las instituciones psiquiátricas, tanto sean usuarios,

familiares, técnicos, con el fin de producir una verdadera función terapéutica en el tratamiento de la enfermedad mental, a través de una organización social democrática e igualitaria y no una organización tradicional y patriarcal. Es así que el nombre de 'Comunidad Terapéutica' comenzó a resonar, entendiéndose la misma como: "un proceso de reformas institucionales que contenían en sí mismas una lucha contra la jerarquización o verticalidad de los roles sociales o, finalmente, un proceso de horizontalidad y 'democratización' de las relaciones". (Amarante, P; 2009:44).

El autor destaca a la Antipsiquiatría, como un movimiento iniciado en Inglaterra en la década de los años 60 por los psiquiatras Ronald Laing y David Cooper, donde comenzaron a implementar experiencias de Comunidad Terapéutica y Psicoterapia Institucional en hospitales. Refieren a que el discurso de los locos denuncia las contradicciones socio-familiares, determinando a los sujetos en interrelación con su medio social.

En los años 70 comienza una reforma asistencial, donde Franco Basaglia, psiquiatra italiano, ideó anular los manicomios para lograr la desinstitucionalización de la enfermedad mental, dándole paso a la atención en hospitales generales e instituciones comunitarias. (Bespali, Y; de Pena, M; 2000: 380).

Basaglia (1979) en una conferencia en San Pablo, planteó que el poder psiquiátrico no hace más que tener el control social, tomando en cuenta los antecedentes de la psiquiatría donde Pinel, médico francés y uno de los fundadores de los manicomios de alienados, liberó a los enfermos mentales de las prisiones donde se encontraban encadenados, para luego encerrarlos en otro tipo de prisión llamado manicomio; fomentando cada vez más condiciones de dependencia con esta nueva institución que poco tiene de liberadora. "Los internados pertenecían a las clases oprimidas y el hospital era un medio de control social". (Basaglia, F; 2008: 30).

Poco a poco, se comenzó a liberar a los enfermos mentales, no sólo de los hospitales psiquiátricos, sino también de sus diagnósticos, pensando no solamente en categorías o clasificaciones (por ejemplo, esquizofrenia) sino en la complejidad vital de quienes sufren y transitan determinados estados situacionales graves debido a su interacción con el medio, con la familia, con el ámbito laboral, entre otros. La reforma psiquiátrica comenzó a visualizarse y los intentos en transformar el hospital psiquiátrico en una institución con fines terapéuticos y comunitarios comenzó a cobrar sentido.

El modelo comunitario se rige de múltiples dispositivos insertos en la comunidad, donde responden a distintas necesidades de la población con trastornos mentales severos; en contraposición al modelo asilar tradicional. La actitud comunitaria focaliza la atención en los barrios y en los hogares familiares, donde las decisiones son tomadas de forma compartida, negociadas entre todos los participantes (usuarios de salud mental y equipo técnico) contribuyendo a la mejora de la calidad de vida y a la búsqueda del sentido de la vida de los ciudadanos; por el contrario los abordajes biomédicos priorizan el control de síntomas y conductas, tomando decisiones jerárquicas en lo que respecta al tratamiento de los sujetos. (Minoletti, A; 2013: 32-33).

Capítulo III.

¿Qué son los Trastornos Mentales?

"Hablar del enfermo mental es una formulación aseptizada, higiénica, para no hablar de los locos. Es mejor hablar de los locos. Es mejor hablar de los locos, porque ese término es muy transversalista. Uno puede estar loco de amor, de ira, de mil maneras y eso pone la marca de la locura también en las personas supuestamente 'normales' ".
Félix Guattari

Ey (1979) señala que las psicosis esquizofrénicas, forman parte del grupo de las psicosis crónicas, se caracterizan por la alienación mental y la alteración profunda de la personalidad, denominada en sus inicios por el psiquiatra Kraepelin como "demencia precoz". Posteriormente Bleuler, discípulo de Freud en 1911 propone cambiar la denominación por la de esquizofrenia, debido a que considera que no se trata de dementes sino de sujetos afectados en su capacidad asociativa que deriva en una 'vida autística' donde se pierde el contacto con la realidad. Henry Ey concluye que la esquizofrenia finalmente es comprendida como:

Conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideo-verbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de

la extrañeza de los sentimientos; trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad. (Ey, H; 1979: 474).

El autor refiere a que los criterios de cronicidad presentan una evolución continua, durable, estable y a veces progresiva, alterando toda actividad mental y modificando la personalidad del sujeto, desorganizando y alienando al Yo. A diferencia de los 'estados agudos' definidos como transitorios o crisis que tienden a remitir. La cronicidad podría depender de la actuación iatrogénica u omisión de asistencia de los técnicos de salud mental, como así de un modelo de institución patogénica. (Ey, H; 1979: 326-327).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM IV) menciona que no hay una definición exacta que especifique cuáles son los límites para conceptualizar que es un trastorno mental. Hace hincapié en que cada trastorno es conceptualizado como un síndrome, patrón comportamental o psicológico de significación clínica, asociado a un malestar, discapacidad, dolor y pérdida de libertad. (Introducción, p. 29).

Refiere a que la psicosis se caracteriza por la presencia de ciertos síntomas, como ser ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento desorganizado o catatónico; incluyendo a la esquizofrenia dentro de esta clasificación. (p. 333).

La esquizofrenia es denominada una alteración que persiste por lo menos seis meses e incluye al menos un mes de síntomas positivos que reflejan el exceso o la distorsión de la funciones normales y síntomas negativos que refieren a la disminución o pérdida de las mismas. Estas funciones están relacionadas a aspectos emocionales, de la productividad del pensamiento y del lenguaje; además de una importante disfunción social o laboral. Existen diversos subtipos de esquizofrenia, como ser, paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual. (p. 334). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los trastornos mentales como:

una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales.²

² OMS. Recuperado desde: <http://www.who.int/features/qa/38/es/>

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales no incluyen solamente características individuales como manejar pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones con los otros, sino además son tomados en cuenta factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, políticas nacionales, las condiciones de vida, laborales y los apoyos comunitarios de las personas. (OMS; 2013: 9).

Gabbard (2006) señala que la esquizofrenia es una enfermedad heterogénea que cuenta con factores multicausales: genéticos, ambientales, socio-familiares, entre otros, que determinan su desarrollo. La misma se caracteriza por presentar sintomatología positiva (trastornos del contenido del pensamiento, de la percepción y las manifestaciones conductuales), negativa (constituyen la ausencia de toda función como ser empobrecimiento afectivo, del pensamiento y desinvestidura libidinal del mundo exterior) y desorganización interpersonal. Las teorías psicodinámicas que pretenden comprender este cuadro manifiestan que los síntomas floridos por ejemplo, los delirios de grandeza conllevan a una herida 'narcisista' del sujeto; como así también los fenómenos alucinatorios, los cuales son una respuesta de contrarrestar ese sentimiento. A su vez, las relaciones interpersonales están cargadas de vivencias terroríficas, donde los límites del Yo-no Yo son difusos, generando como resultado el aislamiento.

Freud (1924) hace una distinción entre psicosis, donde se caracterizan por una perturbación entre el Yo y el mundo exterior, y neurosis donde sus conflictos se centran entre el Yo y el Ello. En la psicosis la percepción del mundo externo se interrumpe o se vuelve estéril, tornándose el Yo escindido del nuevo mundo externo e interno.

El mundo externo es disociado debido a que se vuelve intolerable la realidad impuesta. La realidad es desmentida pero se intenta sustituirla o transformarla, creando una neo-realidad, a través de fenómenos delirantes y alucinacionarios; siendo el mundo interno invadido por el mundo pulsional (El Ello, invade al Yo). Freud, menciona dentro de las psicosis a la esquizofrenia, la cual la describe como un "embotamiento afectivo" resultado de la pérdida de todo interés por el mundo externo.

El Psicoanálisis Multifamiliar descrito por el Dr. Jorge E. García Badaracco es concebido un 'laboratorio' sujeto a diversas revisiones y re-elaboraciones, cada vez de mayor complejidad en lo que respecta a la problemática de la psicosis. En sus primeras

conceptualizaciones relaciona a la misma con los procesos identificatorios, donde el mundo interno de los sujetos se presenta vinculado con los otros a partir del desarrollo inter-subjetivo, entendiéndose como imprescindible para el descubrimiento del sí mismo, a partir de que un sujeto pudo ser reconocido por otro sujeto, que tensionado reclama ser reconocido como “otro yo”. (Paciuk, S; 2008: 143). Posteriormente admitida la presencia de un mundo interno invadido, lo muestra en interrelación; incluido en una trama de interdependencias recíprocas, que en su comienzo son externas y luego se construyen en el psiquismo.

El autor hace hincapié en las *‘identificaciones patógenas o enloquecedoras’* la cuales debido a su condición carencial colaboran en generar frustraciones y sentimientos primitivos, logrando un desarrollo empobrecido del Yo y una historia de sufrimiento psíquico intenso. (García Badaracco, J; 1989a: 11).

Este tipo de identificaciones es concebida una especie de ‘salvavidas’, donde el sujeto recurre a la introyección de vínculos patógenos para atenuar vivencias terroríficas de angustia auto-destructiva o de desintegración yoica. (García Badaracco, J; 1985: 214-242).

Esta forma de pensar las identificaciones está relacionada con lo que el autor denominó *‘objeto enloquecedor’*, éste organiza la mente en partes escindidas reflejando una *‘presencia invasora’* que se mantiene de forma repetitiva y compulsiva, quedando cristalizada en el tiempo producto de situaciones traumáticas vividas en la infancia que se re-activan en el ‘aquí-ahora’ de forma similar. Esta presencia es característica de un vínculo sofocante que reestructura y somete a un Yo frágil a través de ‘mandatos’ o fidelidades sometedoras que imponen y exigen transformarse en un otro, renunciando a la propia identidad y al desarrollo de la autonomía. (García Badaracco, J; 1990b: 90).

Este objeto es de característica ‘alienante’ donde la presencia de ‘los otros’, específicamente de las figuras parentales, ‘habita’ o ‘invade’ en forma de ‘superyos’ al sí mismo verdadero (García Badaracco, J; 1990b:89); tanto sea de forma real o intra-psíquica, anulando la espontaneidad y el desarrollo de las experiencias con el mundo externo. Como consecuencia, los sujetos permanecen ‘atrapados’ en una trama familiar patológica, donde su funcionamiento mental se asemeja al de una actuación, limitando el desarrollo de pensamientos verdaderos pero manteniendo viva a la persona oculta. Por esta razón, al no poder ser personas se construyen en personajes, permaneciendo aislados; siendo esos

'otros' que no le permiten desarrollar su potencialidad sana y genuina. (García Badaracco, J; 1998c: 3-12).

Se comienza a considerar el mundo de '*las interdependencias recíprocas patológicas y patógenas*', en el cual el sujeto vive con los otros y en los otros, como si las figuras parentales fueran enloquecedoras y enfermantes. (García Badaracco, J; 1990a: 86).

Las interdependencias recíprocas tienen un poder sobre el otro que hace despertar en este determinadas 'vivencias', relacionadas a situaciones traumáticas de mucho sufrimiento. (García Badaracco, J; 2006a:10).

Predomina una relación entre lo psicológico individual y la dimensión colectiva que incluye aspectos socio-familiares, como también pautas culturales que se transmitirán y darán continuidad a través de las generaciones. (García Badaracco, J; 1990b: 89).

Forman parte de una condición necesaria en todos los sistemas sociales y relaciones humanas. (García Badaracco, J; 2007f: 3).

La organización de la denominada 'enfermedad mental' forma parte de un reclamo de 'asistencia específica' para posteriormente poder desarrollar la autenticidad del ser que se encuentra encubierta. Es concebida inmersa en una trama familiar en la que es expresada como una *folie a deux*. (García Badaracco, J; 2000: 269).

La locura se construye siempre entre dos (García Badaracco, J; 1998c: 2); provocando como consecuencia un funcionamiento psíquico en donde se establecen fenómenos de interdependencias recíprocas patológicas y patógenas en una estructura familiar; donde en vez de enriquecerse recíprocamente como interdependencias saludables o normogénicas, interactúan entre sí en forma compulsiva y repetitiva, al servicio del no cambio psíquico. (García Badaracco, J; 2000: 273).

Se forja un vínculo simbiótico-patológico, en el cual no es posible establecer una verdadera discriminación entre los sujetos, siendo los límites con el otro difusos. Hay un 'sometedor' y un 'sometido', en el cual por momentos el sometido es quien intenta someter al sometedor, estableciéndose un juego en el que ambos roles son recíprocamente indispensables, pero alternantes. Se generan 'entrampamientos' en relacionamientos enfermizos y enfermantes, donde se devela el 'poder patógeno de unos sobre los otros'; constituyéndose así una 'nueva manera de pensar' la salud mental. (García Badaracco, J; 1998c: 6).

García Badaracco (1975) señala que las manifestaciones psicóticas como los delirios, las alucinaciones, junto a las actuaciones y conductas psicóticas son búsquedas de resolución e intentos de salida a los conflictos y carencias infantiles más primitivas.

Es necesario destacar que por fenómenos delirantes García Badaracco (1990b) y Palleiro (2005) hacen referencia a determinadas formas de funcionamiento mental por las cuales los sujetos intentan en una situación de sufrimiento psíquico intolerable e indefensión, construir un mundo delirante que les permita poder sobrevivir de la sensación desbordante de la realidad, de estar alienado, excluido y en soledad permanente.

Por alucinaciones Casarotti (2009) entiende la relación del mundo afectivo del sujeto que lo lleva a anteponer los objetos de su deseo a los objetos reales, como consecuencia de una desorganización mental y un déficit en el acto de percibir. (p. 203).

Capítulo IV.

Perspectivas actuales de la Re-habilitación Psicosocial

La declaración de consenso de la Asociación Mundial de Re-habilitación Psicosocial (WAPR) señala que la Re-habilitación está considerada como prevención terciaria y/o reducción de la discapacidad asociada a los trastornos mentales severos. (WAPR, 1997; párr. 1).

Es un proceso que apunta a facilitar oportunidades a personas que han padecido un trastorno mental o se encuentran en mayores desventajas debido al deterioro que produce determinados niveles de discapacidad, para alcanzar el mayor nivel posible de autonomía en la comunidad; destacando el mejoramiento individual y cambios en el entorno para lograr una mejor calidad de vida. (WAPR, 1997; párr. 6).

Los objetivos de la misma están pensados para que puedan ser aplicados en la comunidad y no dentro de instituciones hospitalarias, se basan en la reducción de sintomatología debido a la adherencia farmacológica e intervenciones psico-sociales, disminuir la iatrogenia que provoca la institucionalización prolongada, desarrollo de habilidades sociales, psicológicas y ocupacionales para una mejor re-adaptación social, disminuir estigma y discriminación; como así también, apoyar a las familias donde uno de

sus integrantes sea portador de una enfermedad mental, contribuir a las necesidades básicas de alojamiento, ocio y cuidado, como también fomentar autonomía. La 'habilitación' es comprendida como la participación activa de la planificación, prestación y evaluación por parte de los usuarios y familiares de salud mental, empoderándose y otorgándoles mayor acceso a los recursos comunitarios. (WAPR, 1997; párr. 8-9).

Términos como "adiestramiento"³ tanto de habilidades cotidianas como sociales son empleados para definir sus estrategias. (WAPR, 1997; párr. 11).

En Uruguay, Palleiro (2009) y Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011) consideran a la Re-habilitación Psicosocial como modelo terapéutico integral que tiene como meta la mejora en la calidad de vida de los usuarios de salud mental, sus familias y la comunidad.

Es un enfoque utilizado para todas aquellas personas con padecimiento psíquico grave, principalmente aquellas que "han cambiado su modo de ser en el mundo" tanto sea desde el punto de vista subjetivo, como también familiar, social, laboral y cultural. (Palleiro, E; 2009: párr. 3-4).

Está conceptualizada en un modelo paradigmático bio-psico-social, incluyendo lo cultural y lo ambiental. Este concepto se sostiene frente a un modelo denominado 'recuperación' que alude a 'recuperar'⁴ la autonomía de personas con Trastornos Mentales, considerados Severos y Persistentes (TMSP) e implica la construcción de un proyecto vital que define cada persona, en su condición de ciudadana. (Del Castillo, R; et al. 85-86).

El proceso de Re-habilitación debe operar desde que el sujeto comienza a padecer psíquicamente, respetando las diversas complejidades que atraviesan los cuadros en su evolución, con el fin de asegurar la continuidad del proceso terapéutico. (Palleiro, E; 2012: 104). Se cuenta con una diversidad de dispositivos asistenciales (atención en crisis, re-habilitación en sala, hospital de día, centros diurnos, comunidades terapéuticas, residencias asistidas, hogares de medio camino, entre otros) y abordajes (seguimiento y/o psicoterapia individual, grupos de apoyo, grupos terapéuticos, grupos de autoayuda, psicoeducación familiar, terapia familiar y multifamiliar, talleres de expresión, taller protegido,

³ Según la RAE, 'adiestrar' refiere a: "hacer diestro, enseñar, instruir", "amaestrar, domar a un animal", "guiar, encaminar, especialmente a un ciego".

⁴ Según la RAE, 'recuperar' refiere a: "Volver a tomar o adquirir lo que antes se tenía", "Volver a poner en servicio lo que ya estaba inservible", "Trabajar un determinado tiempo para compensar lo que no se había hecho por algún motivo", "Volver en sí", "Dicho de una persona o de una cosa: Volver a un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil".

entre otros) posibles de integrar en la estrategia de Re-habilitación Psicosocial, considerando la situación de cada usuario y su familia. (Castillo, R; et al.; 2011: 87).

Del Castillo, De los Santos, Porras y Tutté (2013) señalan que la Re-habilitación Psicosocial es una aproximación terapéutica integral dirigida a personas con TMSP, específicamente esquizofrenia como psicosis crónica de evolución deficitaria.

Este tratamiento se ve acompañado por abordajes grupales específicos como ser, grupos terapéuticos psicoanalíticos y grupos terapéuticos psicosociales integrales. Cualquiera de estos dispositivos grupales se dan en el marco de un acontecer comunitario como agente terapéutico. Cada sujeto es abordado teniendo en cuenta su singularidad, sus potenciales de salud y su participación, junto a los vínculos saludables dentro del grupo terapéutico 'micro-mundo' como también de su grupo familiar.

Los objetivos que el proceso de Re-habilitación nos brinda son la inclusión y la participación activa de todos los miembros, en términos de ciudadanía y como miembros de la comunidad a la que pertenecen, haciendo valer sus derechos; promoviendo la autonomía y la calidad de vida, la recuperación del sentido vital, pero sin apostar a la cura, sino a la re-socialización.⁵

Las experiencias en Re-habilitación a partir del dispositivo en Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar han sido varias y se han ido transformando a lo largo del tiempo; tanto sea a nivel internacional, como nacional.

Las transformaciones institucionales se han ido cada vez complejizando más, en Argentina, país gestor del abordaje psicoanalítico multifamiliar, comenzaron a funcionar las comunidades terapéuticas dentro de los hospitales públicos a partir de los años 60, específicamente en el hospital psiquiátrico de hombres 'José Tomás Borda'. (García Badaracco, J; 2000:33).

Esto coincide con los movimientos sociales que se venían desarrollando en varias partes del mundo, particularmente en Italia a través de la 'Reforma Basaglia', donde se comenzó a germinar un nuevo paradigma 'reformista', a partir de la figura del Dr. Jorge E. García Badaracco, que no ampara la visión manicomial e intenta construir una mirada de la salud mental hacia la comunidad. (Sanz, H; 2013: 3).

⁵ Recuperado desde:

http://www.ivoox.com/laura-santos-audios-mp3_rf_2369084_1.html

http://www.ivoox.com/renee-del-castillo-audios-mp3_rf_2369082_1.html

http://www.ivoox.com/ignacio-porras-audios-mp3_rf_2369093_1.html

http://www.ivoox.com/juan-carlos-tutte-audios-mp3_rf_2369101_1.html

Las 'reuniones de participación voluntaria' en la sala del hospital, donde los usuarios se permitían pensar la posibilidad de su alta, comenzó a incluir familiares que no han sido capaces de pensar-se previamente frente a esta eventualidad; con el fin de 'pensar juntos' los 'entrampamientos vinculares' de los cuales eran partícipes. (Narracci, A; 2010 :4).

Posteriormente comenzaron a funcionar Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar (GPM) en clínicas privadas sobre la base teórica de la comunidad terapéutica (Clínica DITEM-Diagnóstico, Intervención y Tratamiento de Enfermedades Mentales, actual Fundación María Elisa Mitre) y consultorios externos al hospital de mujeres 'Braulio Moyano', donde los usuarios conviven dentro de la institución compartiendo otro tipo de vivencias, distintas a las del espacio terapéutico (Sanz, H; 2013: 20), éste modelo es considerado una alternativa de atención comunitaria denominado 'Centro Diurno'.

Los 'Centros Diurnos' son dispositivos intermedios entre la internación y el tratamiento ambulatorio (Sanz, H; 2013: 13) donde los usuarios participan de diversas actividades terapéuticas (grupos de pre-ingreso, multifamiliares, grupos de orientación psicoanalítica, psicoterapia individual, entre otros) y de actividades culturales planteadas en modalidad 'taller' (taller de literatura, de música, de cine, de plástica, y otros); insertos en una trama socio-política dentro de la comunidad. Actualmente se ha implementado este abordaje en otros contextos, como ser en escuelas: 'escuelas para padres' en la Asociación Psicoanalítica Argentina, a cargo de la Lic. Eva Rotemberg y 'escuelas de la vida cotidiana' en el Sanatorio Municipal 'Dr. Julio Méndez', destinado a obreros y empleados municipales, a cargo del Dr. Alberto Jones. (Sanz, H; 2013: 18).

Durante los 15 últimos años de su carrera, García Badaracco trabajó en diferentes contextos institucionales (hospitales, escuelas, juzgados, etc.), además de difundir su trabajo por diferentes países de América (Uruguay, Chile y Brasil). En Europa comenzó el desarrollo de Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar en 1984 en Getxo (Bizkaia), posteriormente en Ginebra (1993), y del año 2000 en adelante en Roma, Lisboa, Madrid y Elche. Recientemente se han incorporado también nuevos proyectos en Málaga, Cádiz y Barcelona. (Sanz, H; 2013: 9).

A nivel internacional han participado de una red 'multicéntrica' países como España, Italia y Portugal. En el caso de España, específicamente en Bilbao, los 'Centros Diurnos' y los 'Hospitales de día' cuentan con varios programas de tratamiento en Re-habilitación Psicosocial, familiar y laboral a cargo de uno de los colaboradores del Dr. Jorge E. García

Badaracco, el Dr. Norberto Mascaró. Estos programas consisten en la participación de los usuarios unas horas al día; hasta la consideración de tratamientos intensivos para aquellos que no requieren de una hospitalización a tiempo completo, debiendo acudir toda la semana.⁶

El Dr. Andrea Narracci, referente del psicoanálisis multifamiliar en Italia desde 1997, particularmente en Roma señala que se encuentran funcionando dieciocho grupos de psicoanálisis multifamiliar, de los cuales hay trece que se realizan en centros de salud mental de los departamentos de salud, cuatro en comunidades terapéuticas (dos privadas y dos públicas) y uno en modalidad centro diurno privado. (Narracci, A; 2010 :10).

En Portugal, los grupos multifamiliares funcionan en modalidad 'Hospital de día' en el servicio de psiquiatría del Hospital de Santa María en Lisboa, a partir del año 2001 con frecuencia quincenal. Estos grupos están conformados por usuarios hospitalizados, sus familias y el equipo técnico que trabaja desde la especialidad llamada 'Grupoanálisis'. Se le da importancia a la sintomatología y los signos que se presentan en la familia perturbada; a diferencia de otros grupos multifamiliares donde la importancia no está centrada en esta función. También se aborda la ausencia de los límites en el espacio físico en el que co-habitan estas familias, denominado 'síndrome de puertas abiertas', donde la diferenciación con el otro y la alteridad no es reconocida; predominando en esta población 'comportamientos parentales desviados' como ser, incestos o comportamientos incestuosos generados por la confusión del espacio público y privado. (Centeno, M.J et al.; 2010).

En Uruguay, hace más de 25 años que la Dra. Eva Palleiro desempeña tareas en lo que refiere a la salud mental; específicamente en lo que compete al Psicoanálisis Multifamiliar.

La actual comunidad terapéutica CIPRÉS (Laboratorio Uruguayo de Re-habilitación) funciona en modalidad 'Centro Diurno' y asiste un grupo heterogéneo de personas con sufrimiento psíquico, sin importar el diagnóstico psiquiátrico que poseen; familiares, técnicos en salud mental y operadores en proceso de formación.

El dispositivo institucional cuenta con varias áreas en funcionamiento, se incluye dentro del programa asistencial: el Área de Psicoanálisis Multifamiliar que cuenta con cuatro Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, funcionando tres veces a la semana. Está dirigido a

⁶ Recuperado desde:
http://www.avancesmedicos.es/?mod=hospitalizacion_bi

personas con sufrimiento psíquico y sus familiares o entorno afectivo.

Área de Talleres, en el año 2005 se crea el primer taller de escritura, posteriormente música, plástica y cine; con una frecuencia semanal. Tiene como finalidad promover la cultura y el arte como construcción simbólica, en articulación con todas las áreas de CIPRÉS. (Poch, S; 2013).

Área de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo Chico, está conformada por grupos de orientación psicoanalítica exclusivamente para usuarios de salud mental con sufrimiento psíquico persistente, con frecuencia semanal. (Palleiro, E; 2011).

Área de Psicoterapia Individual, tiene una frecuencia semanal y actualmente se encuentra realizando un proceso psicoterapéutico un solo usuario del centro.

Área del Sector Social, cuenta con una frecuencia semanal buscando favorecer la construcción de ciudadanía a través de la integración de aspectos vinculares, socio-laborales, Derechos Humanos, entre otros. (Roca. A, comunicación personal, julio 2014).

Área de Ingreso, su frecuencia está sujeta a las solicitudes de ingreso de los usuarios. Se trabaja en la admisión con las familias solicitantes, evaluando las condiciones para este tipo de Re-habilitación, Posteriormente se trabaja en la modalidad Grupo de Ingreso, donde se busca facilitar y evaluar la posible adaptación de las familias a la dinámica del Centro. (Palleiro. E, comunicación personal, julio 2014)

Área de seguimiento, posee una frecuencia flexible, sujeta a la falta de asistencia por parte de los usuarios. El objetivo planteado es no perder el vínculo con los mismos y sus familias. (Palleiro. E, comunicación personal, julio 2014).

El Centro cuenta con intervenciones y supervisiones destinadas específicamente al Área de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo Chico, realizándose de forma semanal desde el año 1993 hasta la fecha; el Área de talleres y los Grupos Operativos (espacio pensado para coordinar las distintas áreas y su accionar) tienen una revisión mensual desde el año 2010. (Palleiro, E; Lindner, J; 2010: 138).

La institución presenta atravesando todas sus áreas actividades de docencia e investigación permanente, en estrecha interrelación con las intervenciones. Junto a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) se fundó el Área de Investigación Psicológica. En esta área se evalúan los resultados terapéuticos en relación al 'cambio psíquico' en el transcurso del proceso terapéutico de los usuarios. (Fulco, C; 2010: 4).

Se han realizado tareas de docencia, asistencia e investigación junto al equipo de salud mental del Hospital polivalente 'Maciel' y CIPRÉS. La articulación de ambas instituciones conforman un equipo de trabajo multidisciplinario y multi-institucional, que dio a la creación de una 'Unidad Básica Docente Asistencial' de estructura multifamiliar inserta en la comunidad, como dispositivo 'hipercomplejo'. (Palleiro, E; Lindner, J; 2010: 137).

Se dictan seminarios teóricos para técnicos en salud mental, operadores en formación y pasantes de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Se trabaja sobre Psicoanálisis Multifamiliar, Rehabilitación y Derechos Humanos, con frecuencia semanal a partir del año 2010. El propósito es 'pensar juntos' una contribución propia que tome en cuenta la incidencia cultural e histórica del país. (Palleiro, E; 2012: 102).

CIPRÉS ha transitado por varios cambios y transformaciones desde su creación en el año 1988. En sus inicios se encontraba vinculado con la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina funcionando como 'Grupo de Escucha' de orientación psicoanalítica, para usuarios severamente perturbados (Palleiro, E; 2012: 96).

Ubicado en el período post-dictatorial, se impulsa una nueva forma "democrática y humanizante" de defender la Salud Mental y los Derechos Humanos, en el cual este dispositivo llevado a cabo en el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, propone tener como finalidad brindar atención a los usuarios fuera de las lógicas manicomiales, hasta el año 2001. (Palleiro, E; 2013: párr. 3).

A partir del año 2001, CIPRÉS se instala en la comunidad como Centro Universitario de Investigación en Psicoterapias y Re-habilitación Social. En el año 2004, se integra al Instituto Virtual e Internacional de Psicoanálisis Multifamiliar del Dr. Jorge E. García Badaracco y se constituye como sede uruguaya de dicho instituto multicéntrico. Este hecho trascendental en la vida institucional del centro trae consigo relaciones a nivel internacional con los países nombrados anteriormente e intercambios académicos. (Palleiro, E; 2013).

En el 2009 surge la desvinculación con la clínica psiquiátrica, vinculándose en la actualidad el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), a través de la Dirección Nacional de Cultura y el departamento de Ciudadanía. (Palleiro, E; 2015: párr. 10).

La perspectiva de CIPRÉS, en relación a los enfoques de Rehabilitación clásicos presenta puntos polémicos en su conceptualización sobre salud mental. Hace mención a la 'cura' de personas con sufrimiento psíquico severo, relacionando la misma con la calidad de

vida y el 'vivir mejor' a través de la posibilidad de desarrollar nuevas interdependencias recíprocas saludables generadoras de autonomía. (Palleiro, E; 2012: 20).

La cura no se limita a la desaparición de los síntomas y le otorga a los usuarios mayores grados de libertad en cómo vivir los dramas humanos, siempre que estos no pongan en riesgo su vida. (Palleiro, E; 2012: 100).

Se plantea como hipótesis el funcionamiento mental 'en trama', que afecta y es afectada en forma de interdependencias recíprocas por el micro-colectivo familiar, así como también por los macro-colectivos socio-culturales. Además, propone la revisión de la diada 'objetividad-subjetividad', donde se destaca que a todo integrante de CIPRÉS "nada de lo humano le es ajeno" (Palleiro, E; 2013).

En el proceso de Re-habilitación se 'habilita' la posibilidad junto a los técnicos coordinadores de tejer una trama de asociaciones desde las propias vivencias, sentimientos y conocimientos, con el fin de que la 'familia-problema' comience a separarse sin tantos sentimientos masivos y violentos. (Palleiro, E; 2012: 7).

Es por esto que, Fulco (2010) considera que CIPRÉS es un lugar donde los usuarios pueden ser escuchados y escuchar, para poder pensarse y pensar; dándole sentido a lo que nunca lo tuvo, además de posibilitar la creación de nuevos sentidos y experiencias.

La institución plantea un paradigma sustentado en la salud mental y el respeto hacia los Derechos Humanos de los usuarios y familiares. Se trabaja también en prevención primaria, secundaria y promoción de salud integral. (Palleiro, E; 2012: 2-15).

Comienza a emplearse el término 'asamblea' en el uso de las multifamiliares por poseer una connotación importante para el contexto cultural uruguayo, siempre presente a lo largo de la historia del país. La asamblea es el espacio donde es posible restaurar, asumir y transformar todo el sistema de poder, conecta con la realidad cotidiana, tanto sea hacia adentro o hacia afuera de la institución. (González Regadas, E; 2001:14).

Refleja ideales democráticos y es empleada en actividades socio-comunitarias como ser en: asociaciones civiles, comisiones barriales, comisiones de fomento escolares, entre otras. La asamblea integra a participantes físicamente reales y no solo transferenciales que implica pensarse desde las visiones psicoanalíticas más clásicas. Este término es cuestionado por el Dr. Jorge E. García Badaracco (2004) refiriendo a que no da cuenta de los niveles interpersonales más vivenciales, ni de la participación más profunda en las

tramas afectivas. (Palleiro, E, 2012: 97-99).

Capítulo V.

¿Salud Mental en la comunidad o con la comunidad?

La OMS (2013) recomienda servicios integrales en salud mental y asistencia socio-comunitaria para la población con Trastornos Mentales Severos basado en un enfoque de ‘recuperación’ como se ha mencionado en el capítulo anterior. Esto deviene al tratamiento en hospitales generales y la focalización en la atención primaria en salud.

Es por ello que los servicios de atención en salud mental comienzan a desvincularse de los modelos de hospitalización específica, como ser los manicomios u hospicios, para dar apertura a la atención dentro de las comunidades y con las comunidades. (Giorgi, V; 2001: 3).

Ardila y Galende (2012) señalan que el énfasis puesto en prestar asistencia y Re-habilitación Psicosocial en la comunidad, provee en preservar o ‘recuperar’ en el sujeto con sufrimiento mental su capacidad de establecer relaciones con otros miembros de su comunidad y la cotidianeidad con sus semejantes, en el medio social donde le toca convivir.

Los abordajes clásicos no pueden sostener la ‘fragilidad social’ característica de la población con la cual se busca intervenir; éstos segregan a los usuarios a causa de seguir manteniendo lógicas de poder. (Giorgi, V; 2002: 14).

Coincide Giorgi (2002) con Ardila y Galende (2012) en que la práctica comunitaria se aprecia adaptándose a las nuevas realidades que acontecen, buscando des-centralizar los conflictos intrapsíquicos para poder pensarlos en relación a su cotidianidad, incluyendo aspectos culturales, sociales, territoriales, familiares de los sujetos.

La praxis profesional comprende la participación activa de usuarios y familiares. Los mismos se encuentran insertos en una red comunitaria, donde se respetan los derechos de todos. Esto es situado en términos de solidaridad y reciprocidad. (Ardila, S; Galende, E; 2012: 36-47).

La intervención en y con la comunidad tiene un componente ético fundamental donde

se relaciona con la dignidad humana. Los técnicos en salud mental están sujetos a revisar constantemente, de forma crítica y reflexiva, los valores y perspectivas con las que cuentan, para que más allá de las diferencias con otras posturas, éstas no queden reducidas a las intervenciones del 'ejercicio abusivo del poder técnico'. (Giorgi, V; 2001: 12).

López Santi (2012) alude a que los dispositivos comunitarios le otorgan a la persona desinstitucionalizada un significado a su palabra, la posibilidad de reconstruir su historia, recuperar sus derechos, restablecer lazos sociales y sostener proyectos reales. Coinciden estas apreciaciones con los aportes de Palleiro (2015) señalando que el 'uso de la palabra dignifica'. Para los usuarios de salud mental es importante experimentar en forma directa que su palabra es importante y valiosa para el otro, se vuelve legítima por ser escuchada en un contexto colectivo.

Capítulo VI. Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar

*"Se trata de que cada persona pueda aprender
a vivir de la experiencia"*
Jorge E. García Badaracco

El término 'comunidad' hacía referencia a un tipo de funcionamiento dentro de la institución psiquiátrica que proponía suprimir las jerarquías propias del modelo manicomial. (Ardila, S; Galende, E; 2012: 39-47).

Se intenta romper con las lógicas negativas que promueve el sistema hospitalario, creando un 'sistema social' donde la comunicación libre de todos sus miembros cobra un significado fundamental para lograr un clima terapéutico de compromiso. Es más efectivo observar a la persona en su medio social, en lugar de hacerlo de forma aislada como la psiquiatría clásica propone. (Jones, M; s.f., citado en García Badaracco, J; 1990: 44).

Las Comunidades Terapéuticas aspiran a convertirse en un sistema democrático en el proceso terapéutico de los sujetos que promueve cambios y amenaza al conjunto de los sistemas jerárquicos de asistencia, donde predomina el poder médico y los usuarios no son tomados en cuenta para la gestión de su tratamiento. (Jones, M; 1984, citado en González Regadas, E; 2007: párr. 5).

Forma parte del proceso terapéutico toda la estructura social institucional, de característica democrática y más flexible, junto a todas las relaciones y actividades en la vida de los usuarios de salud mental. (García Badaracco, J; 1990: 28-37).

La intención terapéutica de la comunidad está orientada según García Badaracco (1990) al intercambio social en un proceso de Re-habilitación donde la participación activa de todos los usuarios, el compartir y el pensar con 'otros' en paridad, produce un proceso colectivo. (p. 43).

La Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC) establece determinadas normas y metas aplicables para cualquier colectivo de salud mental, donde sus miembros deben reconocer-se en pro de sus Derechos Humanos y Civiles, además de asumir las responsabilidades que poseen. Se estará libre de las amenazas patriarcales de poder, se centrará en la humanidad de todos sus participantes siendo la dignidad prioritaria, y se hará hincapié en el desarrollo y crecimiento personal.⁷

Las Comunidades Terapéuticas Uruguayas se caracterizan por funcionar desde sus inicios en modalidad no residencial de característica diurna, aunque también fluctúan algunas propuestas residenciales. La población que asiste son personas con conflictos psíquicos variados (psicosis, consumo problemático de sustancias, familias marginales, entre otros). En el Río de la Plata la influencia de la teoría psicoanalítica en el proceso terapéutico institucional es muy importante a través de los aportes de Enrique Pichón Riviere, José Bleger y otros. El trabajo con las tramas familiares reales ha sido uno de los desarrollos más importantes en este dispositivo, creando diversos Programas de Prevención con proyección a la comunidad. (González Regadas, E; 2001, citado en FUCOT; 2002: 14-16).

⁷ World Federation of Therapeutic Communities (WFTC). Recuperado desde: <http://www.wftc.org/standards.html>

La Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (FUCOT) señala que la Comunidad Terapéutica es:

la utopía de la humanidad solidaria, respetuosa de las diferencias, que convive en paz y armonía; que usa el diálogo, que es veraz en sus dichos y coherente con sus hechos; que apuesta a lo mejor de cada persona y que confía en la posibilidad de lograr cosas a través del esfuerzo y el trabajo compartido; que está dispuesta a renunciar a la satisfacción de un deseo personal en aras del bien común y del interés común. (Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas-FUCOT).⁸

Este modelo de institución es visto como una salida a los momentos de crisis, específicamente en Uruguay a la crisis del tejido social y humano que dejó la dictadura cívico-militar. Luego de experimentar desfallecimiento y desesperanza, las Comunidades Terapéuticas trajeron creatividad y productividad para la salud mental, posicionándose de forma contraria a las actitudes dominantes de aquella época. Se ubican como instituciones cada vez más abiertas, más dinámicas, más adaptables sin llegar al sometimiento de sus participantes y más tolerantes frente a la realidad social impuesta y muchas veces limitada. La Comunidad Terapéutica ofrece sostén afectivo para salir del aislamiento y la marginación. (González Regadas, E; 1999: 3).

De todas formas el poder médico sigue perpetuando en estas instituciones, a partir del Decreto lanzado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2007 se exige que el director técnico sea un médico. Esto implica repensar la poca adaptación a las problemáticas sociales emergentes y una crítica a las alianzas de corporativismos en un campo donde se encuentran desdibujadas las hegemonías disciplinarias, al servicio de un fin colectivo. (FUCOT; 2002: 9).

La primera *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar* (CTPM), fue inaugurada en Argentina por el Dr. en psiquiatría y psicoanalista Jorge E. García Badaracco en el año 1965. El pensamiento complejo del Psicoanálisis Multifamiliar abarca de forma simultánea la dimensión individual, familiar y social de la mente humana (Markez, I; 2009: 86).

La particularidad de este tipo de comunidad denominada “un campo intermedio y

⁸ Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (FUCOT). Recuperado desde: <https://docs.google.com/file/d/0B8slDl12VYsMWJkMTVkJmZltY2VkYi00ODM4LTgxODMtYTUzNzVhNjZjMTcw/edit?ddrp=1&hl=es#>

transicional” es que incluye dentro del contexto multifamiliar a las ‘familias perturbadas’, conformando una especie de ‘familia virtual y múltiple’ en una trama que integra a la ‘familia real’. Esto es articulado en un proceso terapéutico de enfoque psicoanalítico, entendido como: “el crecimiento y desarrollo de la personalidad”. (García Badaracco, J; 1990: 47).

Cada usuario cuenta con la posibilidad de desarrollar nuevos recursos saludables que le permiten habilitar su ser (García Badaracco, J; 1990: 36-39), a partir de la integración de distintos abordaje terapéuticos como ser; terapias grupales, familiares, multifamiliares, individuales. Será necesario para este proceso la inclusión de actividades culturales, recreativas y de expresión artística: plástica, música, escritura, entre otras. (García Badaracco, J; 1990, citado en Markez, I; 2009: 86).

Sanz (2013) señala que los grupos multifamiliares son particularmente grandes, de treinta a cien participantes, coordinados por varios profesionales, principalmente del área de la salud y social que funcionan en co-terapia; evitando que un terapeuta quede ‘atrapado’ en una trama enfermante de relación simbiótica: terapeuta-usuario. Tienen una frecuencia variable, habitualmente semanal con una duración entre 90 y 120 minutos. En Uruguay, la frecuencia es de cuatro veces a la semana con una duración de 90 minutos; siendo el país que ofrece mayor asistencia. .

Los grupos se conforman desde la ‘heterogeneidad’, a partir de que la relación con los usuarios no es en función del diagnóstico psicopatológico que poseen; aunque en su mayoría han cursado cuadros severos. Predomina la diversidad en un clima de respeto hacia el otro y por sí mismo. (Sanz, H; 2013:9-10).

El setting multifamiliar es de característica ‘espontánea’, donde cada uno puede expresarse de forma libre, predominando un clima de confianza, de compartir y de ‘estar presente’; se construye un mayor acercamiento entre todos los miembros del grupo a partir de la disponibilidad de poder participar quien lo deseara. (García Badaracco, 2000: 16).

Se caracterizan por ser grupos ‘no directivos’ donde el terapeuta no ocupa una posición de saber hegemónico; se colectiviza los saberes posibilitando sustituir el acto por la palabra de los participantes, permitiendo historizar las vivencias singulares en una nueva trama, a través de la memoria colectiva de la multifamiliar. (Palleiro, E; 2012: 7)

Es necesario señalar que se alude a la noción de ‘*setting*’ introducida por Winnicott, como equivalente a encuadre, refiriendo a la misma como: “la suma de todos los detalles de

la técnica”, para pensar los abordajes con sujetos que no poseen una construcción yoica definida. (Schroeder, D; et al.; 2010: 5-6).

En el setting se prioriza la conformación de un ambiente seguro para que se establezca una relación terapéutica y facilite la comunicación simbólica. (Rycroft, C; 1961, citado en Schroeder, D; et al.; 2010).

El encuadre según de Souza y Vázquez (1990) comprende una serie de variables constantes que habilitan un proceso, produciendo una relación continente-contenido (p. 35-37). Ulloa (1974) menciona que toda situación clínica se organiza a partir del encuadre, integrando condiciones materiales, objetivos, metodología, técnica y el rol del terapeuta. (citado en de Souza, L; Vázquez, M; 1990: 36).

Las conceptualizaciones acerca de la noción de encuadre son pensadas dentro de dispositivos ‘clásicos’, de característica bi-personal; por esta razón se distinguen ambas nociones, resaltando que la noción de setting ha sido novedosa en lo que refiere a la construcción del ambiente y su clima emocional, produciendo un efecto terapéutico. (López, J; Blajakis, M; 2012: 81).

El efecto terapéutico de la multifamiliar se constituye como un espacio que habilita a varias familias representadas en una ‘mini-sociedad’ a expresar diversos conflictos que se unen a una experiencia en común, pero novedosa. (García Badaracco, J; 1990, citado por Sanz, H; 2012: 9).

En este sentido García Badaracco (2000) entiende que el setting multifamiliar ‘asiste’ a todos sus participantes de forma ‘continente’, inmerso en un ‘clima emocional de seguridad’ que facilita conectar con vivencias terroríficas relacionadas a sentimientos de desconfianza, sometimiento e imposición, culpa, indefensión, y temor en dañar al otro; difícil de sostener en un encuadre tradicional por su carga emocional y afectiva intensa.

Se establece la consigna de ‘hablar sobre uno mismo’, procurando promover la subjetividad, es decir, qué es lo que genera en uno mismo eso que el otro dice. (Sanz, H; 2013: 14).

La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar tiene como antecedente los aportes de Maxwell Jones donde se utilizan recursos terapéuticos como la ‘confrontación’, logrando que los usuarios tomen conciencia del efecto que tiene su comportamiento sobre los otros; como también la ‘interpretación’, intentando comprender las causas que determinan dichos comportamientos. (Macchioli, F; 2013: 149).

El Psicoanálisis Multifamiliar adopta características de 'laboratorio' en el que es posible investigar, aprender y curar. (García Badaracco, J; 2009: 87). Markez (2009) en una entrevista con García Badaracco, menciona que las investigaciones en contextos sociales sobre salud y enfermedad provoca transformaciones sociales.

Experimentar cómo las familias 'vivencian' su proceso terapéutico en el 'laboratorio' multifamiliar, contribuye a construir nuevas experiencias, a partir de las que crea con otros. Este contexto permite a su vez, hacer visibles las interdependencias recíprocas patógenas que detuvieron el desarrollo psicoemocional de los sujetos, los cuales permanecieron atrapados y sometidos a las mismas a lo largo de su historia, cristalizándose y generando repercusiones en la actualidad. Las distintas intersubjetividades generadas en la estructura multifamiliar permite el descubrimiento de nuevas posibilidades de cambio. (García Badaracco, J; 2000: 271).

Capítulo VII.

La técnica psicoanalítica al servicio del proceso terapéutico multifamiliar.

*“¿Cuánto vale una palabra oportuna?
¿Hay alguna manera de cuantificar objetivamente
el impacto de una mirada o de una actitud solidaria
de respetuoso silencio, cargado del deseo de comprender
y contener el sufrimiento ajeno?”*
Jorge. E García Badaracco.

El 'proceso terapéutico' multifamiliar, refiere al conjunto de transformaciones que las familias pueden experimentar; vinculadas a las relaciones interpersonales, cambios en la subjetividad y la posibilidad de desarrollarse psicoemocionalmente; desarrollo que por diversas causas se vio interrumpido. (García Badaracco, J; 1990: 235)

El proceso de enfermar psíquicamente es comprendido como: “la detención,

distorsión o desviación del proceso normal del desarrollo psicoemocional”. (García Badaracco, J; 1990: 48).

Transitar junto a quien padece sufrimiento psíquico lo que nunca pudo experimentar, siendo la falta de estas experiencias las que limitaron el desarrollo de su sí mismo verdadero, habilita la creación de un encuentro novedoso. (García Badaracco, J; 1990: 236).

El encuentro novedoso se establece entre las familias perturbadas por las interdependencias patógenas, como una forma de generar nuevas interdependencias más saludables en un '*clima emocional*' compartido y construido por todos los participantes. El clima funciona como uno de los factores terapéuticos más importante de la multifamiliar, facilitando la creación de sentimientos de pertenencia en el grupo y la comprensión de lo que se vivencia allí. (López, J; Blajakis, M; 2012: 84). Los autores refiriendo a Winnicott (1997) mencionan que el clima se debe generar dentro de un ambiente 'facilitador' para que el desarrollo de nuevos recursos yoicos pueda realizarse. (p. 84).

García Badaracco (1990) plantea que la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar facilita la construcción de recursos auténticos en los sujetos, trabajando con sus aspectos más psicóticos, en contraposición a enfoques donde se tiende a reforzar las características sanas de las personas y reprimir los aspectos patológicos para una re-socialización exitosa.

Permitir que se desplieguen aspectos psicóticos en el setting, nos permite trabajar la *transferencia y la contratransferencia* que provocan estas vivencias terroríficas y masivas, para luego elaborar situaciones traumáticas. Dicho proceso será efectivo si los terapeutas pueden 'rescatar' los aspectos saludables que encubre la violencia de estos sentimientos, pudiendo despertar, quizás por primera vez un sentimiento de confianza en los usuarios. (Mitre, M; 2003: 1010).

El 'setting' multifamiliar tolera de mejor forma los procesos transferenciales, entendiendo a los mismos como procesos de adjudicación de roles en el mundo interno de los sujetos, que forman parte de toda interacción (Pichón Riviere, E; Pampliega de Quiroga, A; 1999: 193).

Desde el psicoanálisis la transferencia es considerada como un proceso donde deseos inconscientes primitivos son actualizados sobre determinados objetos, dentro de un tipo de relación construida con los mismos; una nueva relación: de característica analítica (Laplanche, J; Pontalis, J; 2004: 439).

Sigmund Freud planteó que la transferencia en un encuadre psicoanalítico con usuarios severamente perturbados no era posible, debido a que la investidura libidinal de éstos es de carácter narcisista, habiendo sido desligada de los objetos. Por lo tanto, el autor limita sus aportes a personas con características neuróticas, donde la libido objetal de las mismas es desplazada a objetos reales o imaginarios, en un proceso bipersonal. (citado en Espina, A; 1985: 278).

Bleger (1964) y Erroteta (2009) señalan que dentro de la personalidad psicótica se encuentra una personalidad neurótica a desarrollar que permanece oprimida por partes omnipotentes y destructivas, asociadas a las interdependencias patógenas. Esto desdibuja la distinción entre 'neurosis de transferencia' y 'neurosis narcisista' descrita por Freud, aludiendo a que la transferencia como fenómeno de todas las relaciones humanas se aborda respetando la singularidad del sufrimiento humano y el 'timing' que cada usuario (y también el terapeuta) posee para elaborar y aceptar los aspectos psicóticos de la personalidad (Bleger, J; 1964: 167); el cuándo, cuánto y qué señalar debe ser trabajado con especificidad para evitar la iatrogenia. (Erroteta, J; 2009: 72).

La transferencia psicótica es entendida como aquella que genera distorsiones en el vínculo terapéutico, donde el usuario tiende a 'atrapar' al terapeuta en su temática delirante o mundo interno 'narcisístico'. (Bleger, J; 1964: 170).

Las características narcisistas que un usuario posee, dificultan su proceso terapéutico generando resistencias al cambio y defensas difíciles de modificar; transferencias muy intensas que pueden llegar a que el tratamiento se interrumpa. (García Badaracco, J; Zemborain, E; 1975a: párr. 2).

Una reacción terapéutica negativa es vivenciada como un acto egoísta de abandono a los objetos internos donde la posibilidad de curación es sentida con culpa. (García Badaracco, J; Canevaro, A; 1970b: 221).

A modo de ejemplificación, la transferencia psicótica genera determinadas reacciones frente a los cambios: Un usuario que había ingresado hace dos meses a una Comunidad Terapéutica había hecho grandes avances en lo que refiere al desarrollo de su autonomía. En la comunidad predominaban dos sentimientos contradictorios, la expectativa y el crecimiento por un lado, y de forma paralela el terror mezclado con desesperanza, los cuales no se sabía a qué atribuirlos. Al tiempo el usuario comienza a encerrarse en su

habitación y no soporta por más de una hora participar de las actividades, manifestando que: “no aguanta más”. (González Regadas, E; 1992: 433)

A partir de esta representación clínica, la transferencia podría pensarse como un proceso donde se actualizan síntomas psicóticos que dan lugar a su expresión descrita como: masiva, primitiva, violenta, simbiótica e intensa. (Erroteta, J; 2009: 70).

González Regadas (1992) hace una distinción entre ‘lo psicótico’ y ‘las psicosis’ como clasificación diagnóstica, menciona que las primeras son un conjunto de fuerzas circulantes que cristaliza ocasionalmente a un sujeto, un grupo o una institución; es un componente de la transferencia en todas las instituciones, pero específico de las instituciones psiquiátricas del tipo que sean. (p. 426).

Bleger (1964) refiere a los niveles psicóticos de la personalidad como ‘núcleos aglutinados’ de característica indiscriminada (donde no hay lugar al clivaje entre mundo interno-mundo externo); alude a ‘discriminarlos’ de los núcleos neuróticos para dar lugar a la integración yoica. Los niveles neuróticos se caracterizan por el manejo de objetos delimitados y discriminados que conllevan a una integración yoica.

Se apela a la disolución de las interdependencias patógenas a partir del desarrollo de aspectos no-psicóticos, entendidos los mismos como la personalidad neurótica (o la virtualidad sana descrita por García Badaracco), donde la persona puede integrar su parte más psicótica asumida como un aspecto de sí mismo y no un todo que lo anula. (Erroteta, J; 2009: 71).

A partir de la transferencia psicótica y los síntomas patológicos se explica la expresión de una relación sadomasoquista entre un Ello y un Superyó, sin que el Yo cuente con recursos yoicos genuinos necesarios para gobernar de manera sana el comportamiento compulsivo. (Mitre, M; 2003: 1011).

García Badaracco (1990) señala que a través de la transferencia psicótica, se reeditan los vínculos de las figuras primarias a las figuras actuales, formas de relacionamientos patógenos y patológicos, predominando necesidades y reclamos infantiles, junto a reproches vengativos compulsivos. Pero a su vez, posibilitan la emergencia a la expresión de necesidades genuinas de los usuarios en relación a las figuras parentales, habilitando el desarrollo psicoemocional que no pudo desplegarse.

La transferencia no es solo la repetición del pasado, sino que es también una manera de organizar el presente: se repite para cambiar, a través de la creación de vínculos

nuevos; siendo este accionar terapéutico. Por lo tanto, el ambiente multifamiliar es determinante para que los participantes puedan organizarse de acuerdo a lo que cada uno vive en ese encuentro único. Es necesario el aporte de la Comunidad Terapéutica donde es posible rescatar el pasado, pero a su vez crear en el presente una impronta nueva y repetitiva. (Mascaró, N; 2011: 3).

La repetición de experiencias en un clima emocional novedoso que genera el setting, permite a los usuarios la expresión de sus sentimientos de una forma distinta a la habitual en su familia real; dejando de priorizarse las diferencias que marca la patología mental, dándole mayor significancia a los aspectos sanos no tenidos en cuenta hasta el momento. (García Badaracco, J; 2006: 2).

Mascaró (2011) haciendo referencia a Jorge E. García Badaracco, menciona que los aspectos potencialmente sanos, la virtualidad sana que poseen los seres humanos que aún no ha sido descubierta, permite pensar sobre la complejidad transferencial, desarrollando los aspectos sanos para curar los patológicos.

En el setting multifamiliar se producen “transferencias dispersas” (Mascaró, N; 2011: 4) o “transferencias múltiples” (García Badaracco, J; 1990: 341), conformando una herramienta útil para poder trabajar los recuerdos, sentidos como vivencias actuales e intensas que tienden a ser repartidas entre todos los miembros del grupo, reduciendo la carga emocional que generan.

El grupo psicoanalítico multifamiliar posibilita experimentar las transferencias de todas las familias participantes, como así también de los terapeutas. Se comienza a construir una visión distinta del rol del terapeuta neutral y en abstinencia, que permanecía subordinado a la objetividad y a la mirada externa de lo acontecido.

Esta idea tiene relación con lo expuesto por Mitre (2003) y Mascaró (2011) señalando que la diada transferencia-contratransferencia, abre un espacio mental donde las relaciones de las familias y los terapeutas en el setting multifamiliar se establecen de igual a igual.

García Badaracco (1990) refiere a que la Comunidad Terapéutica a través de su equipo técnico debe representar *‘una situación o relación semejante’* para quien se encuentra sufriendo psíquicamente. (p.331).

La Comunidad Terapéutica produce una interacción múltiple y compleja donde la presencia del terapeuta junto a su subjetividad comienza a tener valor, es decir su propia

historia comienza a ser reconocida. A la vez que éste reconoce la singularidad de los otros es reconocido por los mismos de igual manera, generando un impacto en la comunidad donde el mundo interno y el mundo externo no aparecen disociados; cobran participación activa ambas transferencias. (Mascaró, N; 2011: 3).

La angustia es una respuesta contratransferencial habitual por parte del terapeuta en el trabajo con usuarios severamente perturbados y desarrolla mecanismos defensivos que obstaculizan posicionarse en un rol terapéutico adecuado; por momentos los terapeutas ven su mundo interno 'ocupado' y 'habitado' por presencias que los someten. Otra respuesta contratransferencial es el sentimiento omnipotente que fomentan los usuarios en determinados terapeutas, donde parecería que ninguna otra persona puede 'entrometerse' en el proceso terapéutico; pudiendo verse en peligro éste por sobreprotección. Cualquier progreso del usuario es vivido por el terapeuta como un logro. (Erroteta, J; 2009: 71). Por dicha razón, Kaës (1989) advierte que la cooperación de los iguales es planteada como una necesidad. Pero no bien planteada, puede tornarse desmentida. (p. 106).

El manejo de la *subjetividad del terapeuta* consiste en aceptar sus limitaciones, como así también las limitaciones de los usuarios. Se vuelve necesario tomar una actitud plástica, que modifique la rigidez de los esquemas que conforman a los mismos; como también tener un manejo adecuado de la sensibilidad, para no obstruir el proceso terapéutico. La plasticidad permite no entrar en lógicas de sometimiento que los usuarios tienden a utilizar frente a la necesidad de simbiotizarse con los terapeutas. (García Badaracco, J; 1990: 327).

García Badaracco (1990) señala que en la Comunidad Terapéutica se elaborarán aspectos de la personalidad de todos los participantes, habilitando el crecimiento y el desarrollo de sí mismos. En el caso de los usuarios, se hará mención al proceso terapéutico; si se trata de los terapeutas, se refiere a los cambios que como profesional desarrollan, creando recursos yojicos saludables que posibilitan el sostén de la ansiedad y los aspectos más patógenos de los usuarios; como a su vez, a nivel personal el crecimiento psicoemocional más auténtico de los mismos. Éstos deberán manejar sus propias dificultades en el setting y poder transformarlas al servicio de los usuarios.

Kaës et al. (1989) señala que los terapeutas son seres marginales que están en desacuerdo con la sociedad de producción y el poder. Son seres que fomentan la toma de decisiones de las personas y la autonomía, sin tender a forzarlas a una adaptación al sistema social. También menciona que, los terapeutas son seres preocupados por sus

conflictos psíquicos no resueltos o mal resueltos, donde se exploran a medida que entablan la relación terapéutica con los usuarios. De esta forma habilitarán a que los mismos puedan dar paso a la creación de nuevas maneras de vincularse, debido a que conciben a los otros como “*seres en proceso de cambios*” que viven de sus conflictos y contradicciones para poder resolverlos. (p.104).

Estas vicisitudes que se desarrollan en los terapeutas son necesarias abordarlas dentro de un ‘*proceso terapéutico conjunto*’ (como ser, en los grupos post-multifamiliares o espacios de intervisión), donde es posible elaborar algunos conflictos personales que se relacionan con el acontecer en el setting; aportando para la Comunidad una mejor comprensión de las relaciones o vínculos que se establecen en la misma. (García Badaracco, J; 1990: 330).

Los grupos multifamiliares tratan de promover conversaciones entre todos los participantes e incluirse uno mismo en una trama de diálogos y vivencias, haciendo posible que cada sujeto asimile determinados elementos y pueda desarrollar vínculos saludables, para luego utilizarlos por sí mismo y para sí mismo, como parte de su construcción subjetiva. (García Badaracco, J; 2000: 262).

Los diálogos ponen de manifiesto el intercambio con los demás participantes donde aparece el impacto que las transferencias generan en la trama relacional. Estos aspectos transferenciales son visualizados en términos de ‘*interdependencias recíprocas*’, donde la acción transferencial provoca una reacción o una respuesta específica. Una “acción recíproca” de uno sobre otro, donde se incorpora la dimensión inconsciente de la interdependencia, siendo ésta la transferencia y la acción, como su expresión interaccional. (Mascaró, N; 2011: 5).

El ser humano puede realizar experiencias enriquecedoras que habilitan el crecimiento y el desarrollo del sí mismo genuino; o experiencias empobrecedoras que obturan el desarrollo yoico, cristalizando las conductas repetitivas en forma de interdependencias recíprocas patógenas. (García Badaracco, J; 2000: 262).

Algunos de estas interdependencias patológicas son cubiertas por sintomatología psicótica, psicopática, retracción autista, ideas delirantes, conductas paranoides, fóbicas, obsesivas, entre otras; por lo tanto su des-cubrimiento suele no ser evidente desde el inicio. Se desarrollan determinados tipos de complicidad familiar con respecto al sufrimiento psíquico de uno de los miembros del grupo para mantener las tramas enfermizas y

enfermantes. (García Badaracco, J; 2000: 267).

Bleger (1964) y García Badaracco (2000) señalan que este tipo de interdependencias produce vínculos simbióticos e indiscriminados entre los sujetos, para mantener controladas e inmovilizadas las partes más inmaduras y primitivas de la personalidad, permaneciendo en secreto y mostrándose en formas disociadas de aquellas más maduras e integradas, generando la sensación de seguridad.

Estas formas de violencia invisibilizadas se ejercen en la intimidad familiar, por lo tanto es privada; mientras que en la vida social, víctimas y victimarios, con sus roles intercambiables se comportan como si no sucediera nada. (García Badaracco, J; s.f.: párr. 40).

En el setting multifamiliar es más sencillo descubrir este accionar patológico, siendo visible para los demás participantes del grupo, pero no tan fácil de visibilizar para los sujetos directamente involucrados. Son conductas que se han venido repitiendo durante toda la historia familiar, inclusive tiene una impronta transgeneracional. (García Badaracco, J; 2000: 267).

El abordaje grupal debe garantizar, la conciencia de la implicancia que posee el grupo familiar en el proceso de enfermar 'uno' de sus miembros; hablar del sufrimiento de todos los integrantes de la familia, posibilita descubrir el "secreto familiar", habilitando la oportunidad de que todos puedan expresar sus vivencias y fantasías acerca de lo que acontece. (Giorgi, V; 1979: 111)

El grupo multifamiliar genera la instancia de poder compartir con los 'otros' desde la propia experiencia de vida cómo se vivencian los vínculos patógenos, para luego poder habilitar en un 'pensar con' representado en una 'mente ampliada', es decir: "una gran mente que piensa" una interdependencia recíproca saludable. (García Badaracco, J; 2000: 272).

Esta interdependencia recíproca saludable, crea un nuevo vínculo que posee la función de 'liberar' a los involucrados de los entrapamientos patógenos o enloquecedores que 'habitan' el mundo interno de los sujetos, generando una transformación terapéutica emancipadora del poder enfermante. (García Badaracco, J; 2000: 268).

No solamente las familias tienden a caer en 'entrapamientos' o 'enganches' patógenos, sino también los propios terapeutas, debido a que las transferencias psicóticas son vivenciadas por los mismos como peligrosas. (Mascaró, N; 2011: 6).

El terapeuta mantiene una complicidad inconsciente donde trata de evitar las

emociones intensas que este tipo de transferencia genera; y ocasiona en el usuario un nuevo sometimiento donde su sí mismo genuino no es respetado, anulando su potencial sano que se encuentra interrumpido por las identificaciones alienantes. (Mitre, M; 2003: 1013).

Por esta razón, García Badaracco (2000) y Mascaró (2011) señalan que la función de la Comunidad Terapéutica consiste en 'des-enganchar' de las tramas patógenas a todos sus involucrados; interviniendo en una trama que se torna más visible a través en el diálogo generado en el contexto multifamiliar, como función terapéutica mediadora. (García Badaracco, J; 2000: 264).

Capítulo VIII.

Consideraciones finales

La conjunción entre Re-habilitación Psicosocial, Comunidad Terapéutica y Psicoanálisis Multifamiliar posibilita discutir un cambio de paradigma en la Salud Mental donde lo heterogéneo, lo fluctuante y lo múltiple que aporta cada abordaje, tiene sentido en un mismo encuentro de forma interrelacionada.

En las últimas décadas del siglo XX comienzan a surgir nuevas forma de concebir el mundo, pretendiendo alejarse de la visión dicotómica y mecanicista que desde la Modernidad predomina sobre la mente y el cuerpo escindido. Esta visión reduccionista de los sujetos no alcanza para pensarlos insertos en un contexto social con diversos atravesamientos, ni para incluir los afectos y las emociones. Se crean nuevos sentidos para transitar en territorios inciertos, 'unidades complejas y múltiples' (Najmanovich, D; 2001) donde permanecen desdibujadas las fronteras entre la atención sanitaria y la intervención en el medio social, provocando ciertas configuraciones vinculares a partir de su interacción y tensiones entre las lógicas de poder reproducidas por el ejercicio abusivo de la hegemonía médica.

El Modelo Médico Hegemónico distingue al campo de la salud mental como objeto de intervención específico de la clínica, aunque no esté vinculado particularmente a la enfermedad. (Foucault, M; 1975: 161). Dicho así que las Comunidades Terapéuticas,

centradas en los aspectos potencialmente sanos de los sujetos tienen como requisito poseer un director técnico médico, que termina contraponiéndose a la ideología democrática, a los propósitos inclusivos y a la reciprocidad relacional que éstas procuran, centralizando el poder en el sistema económico asistencial y en el Estado.

Los aconteceres de la vida cotidiana no se reducen al ejercicio de la medicina, ni de la psicología; se torna necesario para la real existencia de una red de inclusión el trabajo con diversos referentes comunitarios que aporten su mirada desde otras perspectivas, integrando aspectos sociales, educacionales, saberes populares, entre otros.

Se da lugar a un pensamiento dicotómico con respecto al padecimiento psíquico: donde por un lado se mantiene una visión fragmentada y deshilachada del ser humano, que tiene como efecto la visión de un sujeto ajeno a su medio, invisibilizado, excluido y sumergido en su propio malestar; y por otro un ciudadano implicado en una realidad socio-histórica, donde lo que acontece en su medio y con los 'otros' no le es indiferente, ocasionándole por momentos sufrimiento.

En este devenir impreciso, inseguro, borroso es que la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar invita a problematizar algunas particularidades que complejizan este campo multidimensional:

1. El primer aspecto novedoso a destacar en la contribución del proceso de Re-habilitación Psicosocial pensado desde este modelo de Comunidad Terapéutica es la intervención con la Comunidad, donde el ejercicio Ciudadano de todos sus participantes y el respeto por los Derechos Humanos en función a 'ser' en un contexto social, es una de las consideraciones más significativas para la construcción de un camino que despoja las lógicas promotoras de la enfermedad. Estas lógicas triunfales en el poder enfermante están en parte asociadas al 'adiestramiento' como 'domesticación' de los sujetos en el trato con otros y en su re-socialización, para mantener mecanismos de orden, control y poder.

Pensar en términos de Re-habilitación es posible si previamente existe una 'neo-habilitación' que permite descubrirse a sí mismo, desarrollando los recursos que se encuentran ocultos en los sujetos. No trata solamente de una búsqueda desesperada en re-insertar a los mismos en actividades socialmente aceptadas; con el fin de volverse 'adaptables' a través de su funcionalidad, en un contexto donde no pertenece y no le pertenece. Desde el dispositivo multifamiliar se apuesta a fabricar vínculos reales, sólidos, duraderos y

novedosos, conformando lazos verdaderamente inclusivos, con el fin de unificar desde un quehacer colectivo la potencialidad sana a desarrollar que todos los individuos poseen.

2. Es considerable resaltar el trabajo con grupos grandes en este tipo de Comunidad Terapéutica que incorpora como usuarios a la familia real en interdependencia con otras familias participantes que habitan el mundo de forma distinta; además de la participación de varios terapeutas de diversas disciplinas, funcionando en co-terapia para tolerar de mejor forma los sentimientos masivos que se despliegan. Este setting abre la posibilidad de una mayor integración y ahorro de recursos económicos y humanos. Se torna habitual que muchos profesionales de la Salud Mental sufran alteraciones psíquicas en determinado momento, debido a situaciones de estrés y frustración por esta labor hipercompleja. El dispositivo multifamiliar toma en cuenta el trabajo transferencial y contratransferencial de todos los participantes, incluida la subjetividad de los terapeutas; donde el mismo se ve implicado en una trama de vivencias, atravesada por su propia historia de vida y su sufrimiento personal. Se rompe con la idea del terapeuta neutral valorizado desde su lugar de saber hegemónico, éste realiza a la par del grupo su propio proceso psicoemocional, trabajando en los espacios post-multifamiliares, intervenciones, supervisiones y seminarios teóricos integrado por todos los coordinadores de los grupos, sobre las interdependencias patógenas que lo atrapan en un poder enfermante e invalidante, para luego poder poner los aspectos trabajados al servicio de los usuarios.

3. La denominación 'enfermedad mental' delimitada entre lo normal y lo patológico, que junto a la imposición del poder médico como autoridad social estimula inmortalizar la 'normalidad' (Foucault, 1975), provoca en la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar concebir un cambio epistemológico donde el ser humano cobra visibilidad inserto en una trama socio-familiar perturbada que cuestiona la noción de cronicidad, como una antítesis al proceso de Re-habilitación Psicosocial que busca en los sujetos el desarrollo de recursos propios que no han sido habilitados hasta el momento e incita al cambio psíquico como "proceso recíproco" (García Badaracco, J; 1991a) que se establece en todas las tramas que el individuo forma y sobre todo es parte.

La categorización de 'enfermedad mental' y/o de 'Trastornos Mentales Severos y Persistentes' se torna invalidante y limitante, para poder pensar los dramas humanos desde una visión integral que incorpore aspectos individuales, sociales, familiares y culturales; es

sustituida por la noción de sufrimiento o padecimiento psíquico, contemplando el mismo desde las diversas singularidades en que se expresa.

4. La noción de 'cura' que introduce este abordaje no está centralizada en la eliminación de los síntomas, sino que es pensada incorporando a los sujetos como parte de la misma desde el 'cuidado' (del latín). Se trata de una visión filosófica vinculada a las contribuciones de Ortega y Gasset (1914) sobre la noción de 'circunstancialidad', refiriendo a las posibilidades que los sujetos tienen en desarrollar su singularidad, incluyendo el contexto interrelacional del que son parte. (Echegoyen, J; 1997). Las relaciones siempre son pensadas en términos de interdependencias recíprocas que provocan determinadas reacciones en los demás. El Psicoanálisis Multifamiliar implementa un contexto neo-habilitador para pensar el padecimiento familiar en un determinado momento que ha quedado cristalizado, posibilitando la creación de lo novedoso que muchas veces no tiene lugar en este tipo de padecimiento; lo nuevo se desconoce porque se encuentra habitado por interdependencias recíprocas patógenas. Pensar desde este lugar implica mayores grados de libertad y autonomía genuinos, donde el proyecto terapéutico se piensa con los usuarios y no desde una posición tecnicista 'para' ellos.

5. Otro aspecto importante es el clima terapéutico de compromiso como factor terapéutico principal construido por todos a través del reconocimiento de la palabra, que habilita ser parte y pensar en términos de paridad, haciendo posible el reconocimiento de la propia subjetividad y la de otros. La intención terapéutica de un proceso de Re-habilitación heterogéneo se encuentra asociado al intercambio social y la capacidad de establecer relaciones con todos los habitantes de la comunidad perteneciente, sin cobrar un fin específicamente sanitario. La inclusión del término 'asamblea' en este dispositivo que integra lo clínico y lo social, promueve movimientos en el sistema de jerarquías, descentralizando a la Salud Mental de su lugar de origen médico y acreditando la palabra como recurso para construir interdependencias recíprocas saludables, valorando lo que cada uno puede aportar desde lo que ha vivido.

Es necesario reconocer que este tipo de dispositivo puede generar una reproducción de la modalidad asilar si no se sostienen los lineamientos en las intervenciones pensadas con la comunidad como agente activo de cambio. Que un centro de Re-habilitación con características diurnas se encuentre fuera del hospital psiquiátrico no garantiza la inclusión y

la participación socio-comunitaria. Las lógicas de control social seguirán predominando mientras la Salud Mental sea pensada como patrimonio de las disciplinas médicas.

El término Comunidad Terapéutica refiere a un modelo ideológico ideal como camino a seguir elaborando que aparece por momentos pretencioso e ilusorio en su accionar. La salud se ha tornado un prototipo mercantil, donde varios la desean y otros sacan provecho de la misma (Foucault, M; 1974). Esta condición le da un sentido no operativo para la sociedad actual, a causa de establecerse como una práctica de consumo, donde los sectores vulnerables son los más desfavorecidos, permaneciendo sometidos a través de alianzas que realizan las familias y las comunidades con el Estado y el sistema sanitario, para seguir manteniendo estatus y posiciones de poder. Sin embargo, la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Multifamiliar abre un espacio mental para problematizar todos estos avatares que coexisten: la salud y la enfermedad, lo social y lo asistencial, lo contingente y lo seguro, el caos y el orden; como también tomar posición crítica frente a los efectos que genera la subordinación y las producciones dominantes tecnicistas

Referencias Bibliográficas

1. Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia. Colección Fichas para el Siglo XXI.
2. American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (4ta Ed. T.R.). Barcelona: Masson S.A.
3. Amy, A. (2007). *Introducción a la epistemología para psicólogos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
4. Ardila, S & Galende, E. (2012). El concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 39-50. Buenos Aires: Universidad de Lanús. Recuperado desde:
<http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.pdf#page=39>
5. Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia. Colección Fichas para el Siglo XXI.
6. Bepali, Y & de Pena M. (2000). La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64 (3), 374-393.
7. Bleger, J. (1964). Simbiosis; el estudio de la parte psicótica de la personalidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 6 (2/3), 159-279. Recuperado desde:
<http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196406020303.pdf>
8. Casarotti, H. (2007). Síntesis de la evolución de la psiquiatría en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71 (2), 153-163.
9. Casarotti, H. (2009). La alucinación: Déficit de percepción. *En Delirios. Vertex. Revista de Argentina de Psiquiatría*. 20 (85). Recuperado desde:
https://www_polemos_com_ar.1.com.ar/docs/vertex/vertex85.pdf#page=41
10. Centeno, M; Godinho, P; Fialho, T; Texeira, A y Neto, I. (2010). A 'síndrome das portas abertas' - um diagnóstico a partir do grupo multifamiliar. *En Vínculo*. 7 (2): São Paulo. Recuperado desde:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-24902010000200004&script=sci_arttext

11. De los Santos, L; Porras, I; del Castillo, R y Tutté, J. (2013, agosto). *Grupo terapéuticos en el marco de la Rehabilitación Psicosocial con Psicosis*. Mesa Redonda presentada en Aula Magna, Facultad de Psicología. Universidad de la República: Montevideo.
12. De Souza, L & Vázquez, M. (1990). *La consulta psicológica. Un acontecer clínico*. Montevideo: Roca Viva.
13. Del Castillo, R; Villar, M y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad, 1 (4), 83-96*. Recuperado desde:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
14. Echegoyen Olleta, J. (1997). *Historia de la Filosofía. Filosofía Contemporánea. Volumen 3*: Madrid: Edinumen
15. Erroteta, J. (2009). Transferencia y Contratransferencia en los Pacientes Psicóticos. *Revista Norte de Salud Mental, (33), 62-72*: Barakaldo-Bizkaia. Recuperado desde:
http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11385/transferencia_contratransferencia.pdf
16. Espina, A. (1985). Sobre la psicosis de transferencia. Transferencia y neurosis de transferencia. *Revista Clínica y Análisis Grupal, (36), 273-296*. Centro de Psicoterapia y Estudio de la Familia de Málaga.
17. Ey, H; Bernard, P y Brisset Ch. (1978). *Tratado de psiquiatría*. (8va Ed.). Barcelona: Masson S.A.
18. Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (2001). Apuntes para una historia de las Comunidades Terapéuticas en el Uruguay. *En Drogas, ética y trasgresión*. Montevideo: Psicolibros. Versión en Línea -modificada- . Recuperado desde:
<http://www.fupsi.org/images/mayo10/HistFUCOT.pdf>
19. Freud, S. (1924). Neurosis y Psicosis. *En Sigmund Freud*. Los textos fundamentales del psicoanálisis. Barcelona: Altaya.
20. Freud, S. (1924). La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. *En Sigmund Freud*. Los textos fundamentales del psicoanálisis. Barcelona: Altaya.
21. Foucault, M. (1974). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *En Educación Médica y Salud, 10 (2), 152-170*. Río de Janeiro: Brasil. Recuperado desde:
<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>
22. Fulco, C. (2010). El grupo CIPRÉS. *Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-line. 9 (2)*: Montevideo. Recuperado desde:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1073/1021/>

23. Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
24. García Badaracco, J. (s.f.). *La violencia familiar es una interdependencia enfermiza y enfermante. Una forma de 'disolverla' desde el Psicoanálisis Multifamiliar*. Versión Preliminar para la Asociación Psicoanalítica Argentina. Manuscrito no publicado. Buenos Aires, Argentina.
25. García Badaracco, J. (s.f.). *Identificaciones alienantes, patógenas y/o enloquecedoras*. Versión Preliminar para la Asociación Psicoanalítica Argentina. Manuscrito no publicado. Buenos Aires, Argentina.
26. García Badaracco, J & Canevaro, A (1970b). La reacción terapéutica negativa y la influencia familiar. *En Patología y Terapéutica del Grupo Familiar*. 221-225. *Actas del Primer Congreso Argentino de Psicopatología del Grupo Familiar*. Buenos Aires: Fundación ACTA.
27. García Badaracco, J & Zemborain, E. (1975a). El narcisismo en pacientes psicóticos. Analizabilidad de las "neurosis narcisistas" en función del comportamiento del analista como objeto externo. *Revista de Psicoanálisis*, 32 (3): Buenos Aires.
28. García Badaracco, J. (1977). Delirio. *En Enciclopedia de psiquiatría*. Buenos Aires: El Ateneo.
29. García Badaracco, J. (1985). Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto de "objeto enloquecedor". *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 1 (2). Conferencia dictada en AUDEPP 14 de mayo de 1983: Montevideo.
30. García Badaracco, J. (1989a). Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficit de desarrollo de recursos yoicos. *En Diagnóstico en psiquiatría (Guimón, J.E; Mezzich, J.E y Berru, G.E)*. Barcelona: Salvat.
31. García Badaracco, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A. Colección Continente/Contenido.
32. García Badaracco, J. (1990b). Las identificaciones y la des-identificación en el proceso analítico. *Revista de Psicoanálisis*, 47 (1): Buenos Aires.
33. García Badaracco, J. (1991a). Conceptos de Cambio Psíquico: Aporte Clínico. *Revista de Psicoanálisis*, 68 (2), 213-242.
34. García Badaracco, J. (1998c). *Sobre la noción de 'objeto enloquecedor'*. Manuscrito Inédito.

35. García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda.
36. García Badaracco, J. (2006a). *De sorpresa en sorpresa*. Manuscrito Inédito
37. García Badaracco, J. (2007f). *El mundo de las 'interdependencias recíprocas*. Manuscrito Inédito.
38. Giorgi, V. (1979). *El grupo familiar y la Re-habilitación del paciente psiquiátrico*. Primeras Jornadas Nacionales de Rehabilitación Psíquica. MSP: Montevideo.
39. Giorgi, V. (2001). *A propósito del trabajo de los equipos de salud con la Comunidad: problemas y potencialidades*. Manuscrito inédito, CEUP: Montevideo.
40. Giorgi, V. (2002). Intervenciones terapéuticas en comunidad. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. 6 (2). Revista On line AUDEPP: Montevideo. Recuperado desde: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272002060201.pdf>
41. González Regadas, E. (1992). Transferencia de lo psicótico. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. 3 (4a): Montevideo.
42. González Regadas, E. (1999, setiembre). *El futuro de las Comunidades Terapéuticas*. Primeras Jornadas Uruguayas de Comunidades Terapéuticas. Montevideo. Recuperado desde: <https://docs.google.com/file/d/0B8sldll12VYsMWJkMTVkmZltY2VkYi00ODM4LTgxODMtYTUzNzVhNjZjMTcw/edit?ddrp=1&hl=es#>
43. Gutiérrez, A; Rossi, M y Prieto, G. (2003). *Seguimiento con pacientes psiquiátricos: algunas consideraciones sobre el dispositivo*. VI Jornadas de Psicología Universitaria. Facultad de Psicología: Montevideo.
44. Jones, M. (1984). *Who two Therapeutic Communities?*. Journal of Psychoactive Drugs, 16 (1), 23-26. Traducción: Alejandra Sappa Lasala. Revisión y notas: Eliseo Miguel González Regadas. Castalia. Recuperado desde: <http://www.fupsi.org/images/mayo10/JonesLas2TCs.pdf>
45. Kaës, R et al. (1989). *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós.
46. Laplanche, J & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. (1era ed. 6ta reimp.). Buenos Aires: Paidós.
47. López Atienza, J & Blajakis, M. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: su construcción y contribución al cambio. *En Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2 (1), 81-94.

48. López Santi, M. (2012). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 77-84. Buenos Aires: Universidad de Lanús. Recuperado desde:
<http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.pdf#page=39>
49. Macchioli, F. (2013). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, familia y valores en la Argentina de los setenta*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 148-152. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires. Extraído de:
<http://www.aacademica.com/000-054/40.pdf>
50. Marcolini, P & Michelini, M. (2014). *Nurse Pierina... Soy Gustavo. Recuerdos del hospital Vilardebó*. Montevideo: Trilce.
51. Markez, I. (2009). [Entrevista a Jorge E. García Badaracco, médico psiquiatra: *Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar*]. *Revista Norte de Salud Mental*, 8 (34): Bilbao. Recuperado desde: http://antigua.ome-aen.org/norte/34/NORTE_34_120_85-93.pdf
52. Mascaró, N. (2011). La transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-line*. 10 (3): Bilbao. Recuperado desde:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1403/1270/>
53. Minoletti, A. (2013). Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 77 (1), 32-45: Montevideo.
54. Mitre, M. (2003). Las interdependencias recíprocas. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 60 (4): Buenos Aires.
55. Najmanovich, D. (2001). Del Cuerpo Máquina al Cuerpo Entramado. *En El Campo Grupal*, (30): Buenos Aires.
56. Narracci, A. (2010). La importancia de la obra del profesor Jorge García Badaracco. Sufrimiento vincular y sus transformaciones en el psicoanálisis de pareja y familia. *Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia On-line*, (7). Recuperado desde: http://www.aipcf.net/web/doc/AIPCF_n7_1-2010-es_2011215135919.pdf
57. Organización Mundial de la Salud. (2006, abril). *¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales?*. Recuperado desde: <http://www.who.int/features/qa/38/es/>

58. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre la Salud Mental 2013-2020*. Recuperado desde:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
59. Paciuk, S. (2008). *De intrapsíquico a intersubjetivo; relación*. Jornadas de Psicoanálisis n° 15, Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Congreso n° 5, Prácticas psicoanalíticas, (107), 137-153: Montevideo. Recuperado desde:
<http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200810715.pdf>
60. Palleiro, E. (2005). *Psicoanálisis Multifamiliar. Revisión y aportes desde la experiencia uruguaya implementada en la 'Unidad Docente-Asistencial Ciudad Vieja'*. En Proyecto 'Modelo Montevideo'. Escala de Evaluación por Calidad de Vida de los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar. Facultad de Medicina. Universidad de la República: Montevideo.
61. Palleiro, E. (2009). *Rehabilitación. Un modelo terapéutico integral*. Capítulo de Rehabilitación Psicosocial del Programa Nacional de Salud Mental. Manuscrito no publicado.
62. Palleiro, E & Lindner, J. (2010). *Hospital en Comunidad: Laboratorio Docente Asistencial de Estructura Multifamiliar*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires.
63. Palleiro, E. (2011). *Contribución de C.I.P.Re.S a la rehabilitación desde el Área de Psicoanálisis Multifamiliar*. CIPRÉS. Laboratorio Uruguayo de Re-habilitación. Recuperado desde:
<http://cipresuruguay.blogspot.com/2011/07/contribucion-de-cipres-la.html>
64. Palleiro, E. (2012). *Psicoanálisis Multifamiliar, Asambleas y Rehabilitación*. En Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares. 2 (1), 95-108.
65. Palleiro, E. (2013). *C a m b i o s*. CIPRÉS. Laboratorio Uruguayo de Re-habilitación. Recuperado desde:
<http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/c-m-b-i-o-s-por-la-prof-agda-dra-eva.html>
66. Palleiro, E. (2015). *CIPRÉS. Historia y actualidad*. CIPRÉS. Laboratorio Uruguayo de Re-habilitación. Recuperado desde:
<http://cipresuruguay.blogspot.com/2015/07/cipres-historia-y-actualidad.html>

67. Pichón Riviere, E & Pampliega de Quiroga, Ana. (1999). Transferencia y Contratransferencia en la situación grupal. En *El Proceso Grupal, 191-197*. Buenos Aires: Nueva Visión.
68. Poch, S. (2013). *Pensar los talleres*. CIPRÉS. Laboratorio Uruguayo de Re-habilitación. Recuperado desde:
<http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/pensar-los-talleres-por-la-lic-susana.html>
69. Real Academia Española (Ed.). (2012). Diccionario de la lengua española. (22 ed.). Recuperado desde: <http://lema.rae.es/drae/>
70. Riaza Pérez, D. (2010). *Rotación Externa en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar Dr. Badaracco (Buenos Aires-Argentina)*. Recuperado desde:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DRotacion+externa_Multifamiliar+del+Dr.+Garcia+Badaraco_+Bol+SSM+Area+11.+2010.+18.+14-9.+Riaza+MD.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352810783157&ssbinary=true
71. Sanz, H. (2013, enero-febrero). *Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar*. Memoria Rotación Externa. Beca ANPIR 2012-2013 para la promoción de estancias en centros de de excelencia extranjeros. Buenos Aires, Argentina. Hospital Universitario Miguel Servet: Zaragoza. Recuperado desde:
https://www.anpir.org/uploads/attachment/attachment/262/Memoria_Helena_Sanz.pdf
72. Schroeder, D; Bertúa, F; Francia, P; Gómez, M; López, A y Ponce de León, E. (2010). El concepto de encuadre en la Revista Uruguaya de Psicoanálisis (1956-2010) y la Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*; 111: 203-227. Recuperado desde:
<http://www.apuguay.org/apurevista/2010/16887247201011113.pdf>
73. Zito Lema, V. (1988). *Conversaciones con Enrique Pichón Riviere. Sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Cinco.