



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 4

Diciembre de 2022

TESTIMONIO DEL TRABAJO CON LA PSICOSIS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN MÉXICO: FORMAS DE HABITAR Y ENCRUCIJADAS CLÍNICAS

Sandra Rosas Landa Zamudio¹
Casa de Medio Camino Querétaro AC - Casa Loohl².

RESUMEN

El presente artículo presenta y describe a manera de testimonio las prácticas y líneas de trabajo terapéutico a las que se enfrenta el psicólogo al interior de una Comunidad Terapéutica para pacientes con experiencia psiquiátrica. Se plantean cuáles son sus retos, limitaciones y alcances a través de la ejecución de una estructura cotidiana. Este artículo, tiene como principal objetivo plantear la importancia y función que tienen actualmente las Comunidades Terapéuticas y el soporte en red que brindan para los procesos de inclusión social para pacientes con esquizofrenia, respetando la singularidad de cada caso. Es una invitación a reflexionar y poner en diálogo la importancia de la interdisciplinar y las aportaciones que brinda cada campo de saber que ha buscado investigar, explorar y exponer el trabajo con pacientes psiquiátricos.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica, Inclusión social, Pacientes con Esquizofrenia.

¹ Doctorante en el posgrado en Humanidades de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México; correo electrónico: sandrarolaz@gmail.com

² Casa de Medio Camino Querétaro- Casa Loohl es una Comunidad Terapéutica para pacientes con experiencias psiquiátricas. Cuya modalidad es la de residencia por tiempo determinado busca brindar herramientas cognitivas, conductuales, psicosociales, familiares y ocupacionales para el proceso de inclusión social de pacientes principalmente con esquizofrenia.

TESTIMONY OF WORK WITH PSYCHOSIS IN A THERAPEUTIC COMMUNITY IN MEXICO: WAYS OF LIVING AND CLINICAL CROSSROADS

RESUME

This article presents and describes as a testimony the practices and lines of therapeutic work faced by the psychologist within a Therapeutic Community for patients with psychiatric experience. Their challenges, limitations and scope are considered through the execution of a daily structure. The main objective of this article is to present the importance and function that Therapeutic Communities currently have and the network support they provide for the processes of social inclusion for patients with schizophrenia, respecting the uniqueness of each case. It is an invitation to reflect and discuss the importance of interdisciplinarity and the contributions provided by each field of knowledge that has sought to investigate, explore, and expose the work with psychiatric patients.

Keywords: Therapeutic Community, Social inclusion, Patients with Schizophrenia.

BREVE HISTORIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

La historia de la locura ha sido uno de los temas que en las últimas tres décadas ha confrontado al discurso del saber médico como eje rector del conocimiento sobre la enfermedad mental y las prácticas³ empleadas por el campo de la psiquiatría, de cómo ha expuesto y construido los hallazgos científicos sobre ella. La medicina principalmente se ha encargado de discutir y priorizar modelos médicos que permiten un tratamiento terapéutico más eficiente a nivel bioquímico, entre sus

³ Término empleado por el historiador Michel De Certeau, del cual hace un análisis minucioso respecto a cómo históricamente, el concepto conlleva una diferencia epocal entre los modos y usos de los objetos y situaciones cotidianas. Aquí se hace referencia al concepto de tachadura trabajado tanto por Michel De Certeau como de Jacques Derridá. Término que refieren para problematizar el concepto: presencia/ausencia del origen. La paradoja que de ahí surge es que, si bien es inevitable tachar el origen, es desde él que hablamos. Esto sólo es posible a través de la lengua y su empeño por nombrarlo, de ahí que surja el “evento o acontecimiento” como fantasma. El cual se captura sólo por su forjamiento de enunciación. Entonces es la sombra del concepto lo que permite la referencia al fenómeno. La tachadura, es el olvido de escribir sobre lo que «no» se suele escribir, porque es irrelevante para “lo cotidiano de las prácticas” y por tanto, es una manera de interpretar y codificar al otro desde una colectividad, olvidando entonces su singularidad y lugar histórico. La tachadura para De Certeau, «no es» lo que se olvida, sino la omisión debido a que, al imaginario social, los referentes históricos por los que está atravesado quien escribe de la historia «de» tacha por irrelevante las prácticas ordinarias, poniendo en relieve y centro lo que las prácticas hegemónicas señalan como relevantes.

hallazgos más importantes el psicofármaco a finales de los años sesenta fue uno de los principales hitos para el rumbo que tomó la psiquiatría en Europa y América (Capponi, 2011). Las discusiones y problemáticas tanto en su carácter positivo como negativo nutren la evolución, rumbo, y caminos que la psiquiatría ha tomado, así como su carácter, límites y avances, sin embargo, también han establecido pautas, metodologías y líneas de investigación «entre⁴» conceptos, circunstancias y casos, cada campo de saber ha tejido para el abordaje sobre la enfermedad mental líneas de trabajo orientado cada uno desde su epistemología, postura ética e interés específico, mostrando así un crisol de información y aportaciones que nos ha permitido avanzar y conocer más sobre el tema, logrando de esta manera una mayor interactividad, conexión y posibilidad de interdisciplina entre saberes, sin embargo, aún queda un largo camino que permita lograr el diálogo entre estos. Cada disciplina, propone su distancia, proximidad o crítica a las propuestas hechas por la psiquiatría. Tanto la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, abordan la “anormalidad” (Foucault, 2002) teniendo su base o ancla en la historia, la literatura y la filosofía, éstas motivan su estudio desde diferentes campos de saber y abordaje para sus planteamientos. Sin embargo, existen diferencias importantes que desde la práctica y la orientación desde la que se trabaje es necesario estar advertidos para identificar cuáles son sus intereses, pero sobre todo las posibles líneas para aproximarse a la práctica clínica y terapéutica con pacientes con experiencias psiquiátricas. Nos parece, no se excluyen entre ellas, sino al contrario, se complementan de manera interdisciplinaria.

El término locura, es amplio en tanto que, por un lado, conserva la tradición y variaciones que ha adquirido la enfermedad mental desde diferentes significaciones las cuales cambian según la situación y temporalidad histórica de la que se habla. Históricamente, el concepto de locura hoy dista de cómo fue entendida, tratada y construida en el Medioevo⁵ (Foucault, 2006) en relación, por ejemplo, al siglo XIX y

⁴ Se toma el concepto desde el planteamiento de Jacques Derridá.

⁵ Michel Foucault, en *Historia de la locura. En la época clásica*, enmarca los recorridos históricos de la locura. Situándonos en tiempo y espacio precisos del tratamiento y emergencia del discurso de la locura construido por instituciones de poder, se habla, entonces partiendo desde la construcción social de la enfermedad como experiencia de alienación a un orden social determinado por un

más tardíamente a inicios y mediados del siglo XX (Capponi, 2011). Como Michel de Certeau (1996) plantea, existe una distancia histórica⁶ y, por lo tanto, un horizonte de sentido⁷ del concepto. Desde el rigor que propone la historia como disciplina, sería complejo no estar advertidos desde dónde se habla⁸ cuando se enlazan los hilos de la historia de la locura en distintos periodos espaciotemporales. Cuando nos referimos a la historia de la locura, es el historiador, el filósofo, psicólogo y el psicoanalista quien desde diferentes miradas se encarga de hacer hablar aquello que se encuentra velado al saber médico, es decir, desde otro lugar y con otro semblante de aproximación: una «otra⁹» forma de saber construida al de la ciencia. Identificar que, por un lado, la historia de la locura implica *per se*, una manera de nombrar aquello que está por fuera del interés científico, específicamente al de la medicina psiquiátrica –mecanismos de construcción de saber por fuera de la ciencia– y por otro lado, que tanto el filósofo, psicólogo, psicoanalista exponen aquello de lo que el método científico «no» da cuenta, porque su modelo de abordaje es distinto. Tener claridad de que la ciencia deja de lado la subjetividad porque es imposible de cuantificar, y considerando que, estas otras disciplinas, complementan desde su campo de saber aquello que a la ciencia no le es de interés –por su naturaleza epistémica y empírica– podemos incubar una mirada más crítica frente al posicionamiento y evolución que cada campo de saber

sistema. Sin embargo, no deja, de recabar las evidencias históricas, de archivo de cómo fue construido dicho discurso, en distintos momentos históricos.

⁶ El concepto de distancia histórica, es indispensable considerarlo como una separación «entre» espacio y tiempo acontecido. Según De Certeau existen tres elementos fundamentales para aproximarse a un concepto histórico: distancia, trayectoria y desplazamiento, donde se tendrá que estar advertido que la mirada y variaciones epocales por las que estemos atravesados inevitablemente determinan la manera en cómo nos acercamos y escrituramos un hecho. Implica que la versión escritural estará condicionada por el tiempo, lingüística, epistemología y contexto de quien escribe.

⁷ Gadamer en *Fundamentos para una teoría de la experiencia hermenéutica. Discurso del Método.*, plantea que “El que no tiene horizontes es un hombre que no ve suficiente y que en consecuencia supervisa lo que le cae más cerca. En cambio, tener horizontes significa no estar limitado a lo más cercano sino poder ver encima de ello... La tarea de la comprensión histórica incluye la exigencia de generar en cada caso el horizonte histórico, y representarse así lo que uno quiere comprender en sus verdaderas medidas” (pág. 133).

⁸ Retomamos el concepto trabajado por Heidegger en el texto «*El Habla*, Conferencia pronunciada el 7 de octubre de 1950 en Bühlerhöhe», remarca que “...habitar eso que «no es» mío; sino desde un lugar imposible que constituye lo humano a través del lenguaje, en donde el habla se convierte en vehículo para habitar”.

⁹ Se retoma el concepto de la otredad, trabajado por Jacques Derridá.

trabaja y por ende, de sus propuestas, alcances y limitaciones; en ese sentido lograr integrar un mosaico de trabajo interdisciplinario en donde cada cual aporta *un plus* al trabajo con pacientes con experiencias psiquiátricas, sus familias, la sociedad y cultura en donde se ejerce.

En los años sesenta, se comenzó en Europa el movimiento antipsiquiátrico, promovido principalmente por los mismos médicos psiquiatras, Maxwell Jones¹⁰ en Inglaterra y posteriormente Franco Basaglia¹¹ en Italia, pusieron énfasis en “la eficacia insuficiente de la psiquiatría tradicional del tratamiento y relación con los pacientes” (Maestre, 2014; pág. 161), así como el de buscar reformar las obsoletas prácticas del llamado manicomio, el concepto de Comunidad Terapéutica¹² surge a inicios de la década de los años veinte en Alemania. Modelo promovido por Ernest Simmel, quien además de neurólogo, su línea de tratamiento era el psicoanálisis. Este modelo, proponía a la CT como un espacio para el tratamiento de pacientes quienes habían sufrido secuelas afectivas y traumáticas tras la guerra, así como haber creado un grupo para adictos (Pérez del Río, 2009).

Desde entonces existen variaciones y coincidencias, tanto a nivel de aplicación, tratamiento y organización del concepto de Comunidad Terapéutica, desde Simmel hasta el modelo que conocemos a la fecha. Si bien, la Comunidad Terapéutica surge como espacio de encuentro y residencia en donde un grupo de personas comparten vínculos y objetivos en común –en su momento, el tratamiento terapéutico frente al trauma de guerra–, construcción que sigue siendo vigente, la manera en cómo se direcciona y conduce el tratamiento, se determina por la línea terapéutica, de formación e ideología de quienes la encabezan. Con Maxwell Jones, los cambios importantes, en la estructura de la CT es, específicamente en donde el modelo

¹⁰ Médico, de especialidad en psiquiatría que, en el Hospital Militar de Northfield en Birmingham, Inglaterra, a mediados de los cincuenta, se comienza con el modelo de comunidad terapéutica que consistía en dar tratamiento a psicópatas y etiquetados como inadaptados sociales. De ahí, que sea considerado Northfield la cuna de la psiquiatría social inglesa, en donde se comenzó con la psicoterapia en grupo y el grupo análisis.

¹¹ Franco Basaglia. *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico* junto con David Cooper y Rondald D. Laing quien en 1964 publica *Razón y violencia*, para analizar el texto *Problemas del método y desde las bases teóricas de la fenomenología no biologicista* para dar explicación al problema de la “locura”. Cuestionan desde una posición contraria, los planteamientos establecidos en dicho hospital en donde discrepaba de las prácticas psiquiátricas que ahí se ejercían. Retoman las propuestas de Maxwell Jones de comunidades terapéuticas.

¹² A partir de ahora, se le denominará con sus siglas CT.

psicoanalítico cambia por uno de enfoque humanista y grupal. En 1956 estableció la importancia y efectos positivos que tiene la Comunidad Terapéutica al potencializar y priorizar el trabajo grupal como soporte y apoyo entre los mismos pacientes, asimismo describió las dificultades y complejidades que el modelo implica para afrontar las resistencias inevitables frente a los cambios, la solución que ofrece la Comunidad Terapéutica es la libre discusión de la totalidad de las circunstancias por todos los comprometidos en ella, sin distinción alguna de títulos académicos, administrativos o jerárquico (Jones, 1956).

Para la década de los sesenta, con Basaglia y las políticas de desmanicomialización¹³ que surgen en Italia, el modelo adquirió un giro distinto, se buscó específicamente un espacio por fuera del Hospital y con un estandarte crítico sobre el concepto de “exclusión” del paciente psiquiátrico. Basaglia y Cooper visitaron México en 1974 para impartir un seminario dirigido por Iván Illich en Cuernavaca (Dosil, 2019; pág. 628), el entusiasmo frente a sus propuestas marcaron un rumbo que estableció a la antipsiquiatría como una vía posible de encuentro y acciones específicas para el debate respecto al tratamiento de la enfermedad mental, los derechos humanos y la atención a la salud mental, así como los posicionamientos ideológicos que se gestaron al interior de la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría en nuestro país.

El modelo de Jones se trasladó a los Estados Unidos aplicado específicamente “para el tratamiento de la drogadicción, fundado por Daniel Casriel –psiquiatra– y Monseñor William O’Brien, llamado el Daytop en Nueva York, hoy conocido como AA., el cual se basa en un método estricto de jerarquías” (Garbi, 2020; pág. 217). Finalmente, frente al tratamiento y evolución de los psicofármacos, la CT surgió como un dispositivo ocupacional en donde los pacientes no requerían quedarse desde la modalidad residencial. En los noventa, por recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴, las CT adquirieron un carácter aplicado

¹³ Buscó poner en cuestionamiento los valores normativos que presentaba la realidad de los manicomios, planteando como principio las contradicciones y la misma incapacidad en el encierro como parte del marco institucional. La reforma psiquiátrica en Trieste, Italia en el Hospital psiquiátrico de Gorizia comienza a principios de 1961.

¹⁴ La Organización Mundial de la Salud, recomendó en tres ocasiones, en 1953, 1957 Y 1959 el método CT como mejor opción para avanzar en la reforma psiquiátrica y como alternativa a los

también a la drogodependencia. Sin embargo, no habría que olvidar que el modelo surge como una necesidad, inicialmente aplicada al campo de atención a lo que hoy se conoce como salud mental.

Frente a lo anterior, nos parece indispensable enmarcar que la historia de la locura construye sus diferencias, por un lado, a la historia de la enfermedad mental, y por el otro, a la historia de la psiquiatría, del psicoanálisis y la psicología. Si bien en estos tres campos de acción, que trabajan directamente con la enfermedad mental, existen importantes contrastes tanto epistemológicos como de su acercamiento y abordaje, también es cierto, que cada una, desde su saber, busca explicaciones y aproximaciones a intereses concretos con relación a su práctica. Cuando enunciamos el término de locura, por sí misma la palabra nos conduce a diferentes significaciones, entre ellas a la de cura. En esto, tanto la psiquiatría como el psicoanálisis coinciden en que la estructura psicótica «es», deslindándose de la concepción de posible cura¹⁵. El paciente psicótico, testimonia una imposibilidad a nivel de estructura, de construcción psíquica que, por sí misma implica un *impasse*. La propuesta de esta presentación es la de dar testimonio sobre el trabajo que «nos» implica a quienes trabajamos el modelo comunitario para el abordaje de la

hospitales psiquiátricos tradicionales. En los noventa, esta ha sido una de las líneas de discusión y desarrollo propuestas por dicho organismo. En México, la Organización Mundial Panamericana, en 1978, realizó un estudio minucioso para identificar las condiciones de los hospitales psiquiátricos, ahí, mostró que existían irregularidades en el trato, condiciones y derechos del paciente. Realizó la recomendación y observación, de que las Comunidades Terapéuticas eran un modelo sensible a las necesidades del tratamiento de pacientes psiquiátricos.

¹⁵ El concepto de enfermedad mental tendrá variaciones importantes con relación al cómo se construye un discurso determinado. Ruy Pérez Tamayo, explica que la enfermedad «es». Para entender el comportamiento de médicos y enfermos en cualquier época de la historia es indispensable conocer las premisas básicas de su interacción social. La segunda es que, como todo fenómeno humano, el concepto actual de enfermedad es un producto histórico, es consecuencia de una serie sucesivas de ideas que se han ido agregando «a través del tiempo» en *El Concepto de Enfermedad* (1988). Si bien este médico hace dicha alusión específicamente sobre el concepto de enfermedad mental encontraremos variaciones históricas que han determinado su mirada y situación social, política y médica. Algunos autores como Roy Porter en *Breve historia de la locura* (2003), comentará que “la enfermedad mental es producto de la imposibilidad de ciertos sujetos de adecuarse a las normas sociales”, así mismo es extensa la bibliografía sobre este concepto, del cual se ha derivado que se implica una patología *-pathos-* que tiene una connotación social. Es importante identificar que para algunas prácticas y orientaciones el concepto de locura se relaciona con la enfermedad y la cura. En el de la orientación lacaniana del psicoanálisis, en el sujeto psicótico no es posible pensar en una cura. Sí en una dirección al tratamiento. Sin embargo, se trabaja con la estructura en tanto «es». De lo contrario, estaríamos pensando en que ese sujeto volviera a la normalidad.

enfermedad mental, específicamente en el tratamiento de las psicosis, en donde, se evidencia como constante –en el trabajo clínico–, la encrucijada con la imposibilidad que adviene la estructura psicótica, no sin ello la posibilidad de «estar ahí» (Heidegger, 2009) de una otra forma singular (Laurent. E, 1987). Identificar las coordenadas con las que cada sujeto puede y tiene los eslabones para construirse un lugar. A nivel comunitario se vuelve una tarea compleja, de la que se intentará dar cuenta en este artículo, en tanto de lo que ahí se produce y se construye. Considerando como Jacques Derridá plantea:

El testimonio, no es sólo ser del orden de lo creíble, sino también se define por quién lo emite, el acto mismo de emitirlo y por su referencia a algo ocurrido (...) El testimoniar significa hacerlo en presencia: el testigo debe estar presente, sin interposición técnica. Hay que estar presente, alzar la mano, hablar en primera persona y en presente¹⁶ (Derridá, 1997).

Hablar de comunidad implica de inicio evocar un grupo, sin embargo, el dispositivo comunitario, no deja de lado la construcción subjetiva y los tipos de estabilizaciones que cada sujeto puede lograr con relación a sí mismo y con el otro semejante.

Dar testimonio del trabajo que se realiza en el dispositivo comunitario, nos enfrenta a dos problemas inherentes del concepto «testimonio¹⁷». Por un lado, implica una forma de construcción en donde el otro habla de su experiencia. Forma única, pero en donde se pierden los hechos objetivos. Y por el otro, el testimonio resulta una derivada del testigo, quien, presencié el hecho. El paciente con experiencias psiquiátricas es quien experimenta un dolor subjetivo, es de quien el médico, el psicoanalista o el psicólogo se hace testigo: de ese sufrimiento subjetivo, y con el que trabaja como materia nuclear. La pregunta, es entonces, ¿cómo posicionarse éticamente frente a ese dolor subjetivo singular?, y a partir del modelo comunitario, ¿cómo se anuda ese sufrimiento sin perder la singularidad?

¹⁶ Más información en Derridá, J. *Una cierta posibilidad imposible de decir el acontecimiento*. Conferencia dictada en el Centro Canadiense de Arquitectura, el 1º de abril de 1997.

¹⁷ Este concepto se plantea desde el vértice propuesto por Jacques Derridá. El autor en *Aporías* plantea que el testimonio pretende decir una verdad acerca de algo presenciado en el pasado. Fundando así un saber que apunta “a dar conocer”, una verdad que es sólo cognoscible gracias al testigo y su testimonio. Dice, “El testimonio es el orden” de lo que solamente puede ser creído, de lo que, tras pasar por alto la prueba, la indicación, la constatación, el saber, apela únicamente a la creencia, por lo tanto, a la palabra dada”.

Existen hoy enriquecedores trabajos de investigación¹⁸ que se han realizado, que dan cuenta de las experiencias que en la práctica clínica cada uno encuentra como hallazgo tanto teórico como práctico. Asimismo, la producción de trabajos desde la mirada médica, social, psicológica, psiquiátrica o psicoanalítica es variada; exploran y dan testimonio de lo que se produce en el trabajo clínico, con el paciente. El testimonio que brindan esas producciones, en la mayoría de los casos, se enfocan a lo que el clínico de manera singular trabaja y aporta por su experiencia. Sin embargo, resultan escasos los trabajos que dan testimonio desde lo colectivo. El modelo comunitario implica de entrada un trabajo de vínculos. Vértice con el que el psicótico se las tiene que arreglar, la mayoría de las veces en solitario, ya sea porque los eslabones sociales y familiares han sido construidos dejan fuera aquello que se escapa al concepto de la “normalidad”, ya sea porque el sujeto psicótico, no logra enlazar las piezas sueltas que lo dejan por fuera del circuito social –digamos– establecido; a lo que se apunta en la CT es a la manera en cómo un sujeto puede desde su singularidad y vía el soporte grupal lograr desarrollar pequeñas invenciones que le permiten a su forma, habilidades y recursos subjetivos encontrar alternativas para el restablecimiento de sus lazos sociales con otros, así como trabajar y regular –en la medida de sus posibilidades– los bajos niveles de tolerancia a la frustración. Las líneas de trabajo empleadas permiten crear puentes y conexiones «entre» lo social, la cultura y la salud mental desde la singularidad. Por lo tanto, se construye e implica un trabajo de red.

Para esto a grandes rasgos describimos cómo se organiza el tiempo y el espacio en la Comunidad Terapéutica, haciendo énfasis tanto en cómo la habitan los huéspedes que viven en ella, como en el cuerpo clínico que trabaja con ella, y, la manera en la que estos se enlazan teniendo en cuenta los objetivos y metas de la comunidad en lo que refiere a la inclusión social. Cuando hablamos de inclusión social, es indispensable considerar el concepto de alteridad, más allá de

¹⁸ Los trabajos de investigación a los que nos referimos, son aquellos que hacen un esfuerzo en condensar la práctica y la teoría arrojada a la luz de las experiencias clínicas, ya sea desde el ángulo de la psiquiatría, en donde se busca medir y/o categorizar la enfermedad; ya sea desde la psicología que busca hablar del funcionamiento y logros obtenidos en aplicación de modelos terapéuticos implementados en ciertos grupos control; ya sea desde el psicoanálisis, que expone sobre casos específicos y cómo fueron abordados.

“normalidad”. Ello implica entonces, un posicionamiento ético frente a “un deber”, el reconocimiento del otro en su diferencia y la apertura a ella (Sutton, 2005; pág. 2). Permitir que el otro hable desde su subjetividad reconociendo la realidad del sujeto marginado que queda fuera del marco social. La inclusión implicaría entonces la emergencia de otros discursos y ponerlos en circulación. Nos interesa compartir y dar testimonio de algunas reflexiones acerca de las posibilidades y barreras con la que se topa el trabajo clínico en la comunidad a partir de la estructura que le es propia, teniendo en cuenta el valor de lo *cotidiano* y el trabajo interdisciplinario que se realiza con diferentes tipos de profesionales externos a la CT, que la práctica clínica no es de uno por uno, sino «entre» los varios psicólogos del cuerpo clínico, es decir, la orientación que se tiene de escucha en la comunidad como cuerpo clínico y por lo tanto, lo que se circula y se construye desde múltiples transferencias. Realizar esta labor no es tarea sencilla debido a que se requiere convocatoria y disposición para comunicarse entre los diversos actores que forman parte del equipo clínico. Para finalizar se da testimonio de cómo a pesar de todo, este dispositivo presenta *impasses* con los cuales es necesario arreglárselas en el trabajo cotidiano y de seguimiento con pacientes con experiencia psiquiátrica, identificando y asumiendo que es un reto el caso por caso en un espacio comunitario.

1. CUERPOS QUE HABITAN «EN» COMUNIDAD

La Casa de Medio Camino Querétaro¹⁹, es una Comunidad Terapéutica que representa para los pacientes psiquiátricos una alternativa a la intervención hospitalaria, los anexos, a la clínica privada o los ámbitos familiares. A diferencia de los tratamientos que tienen su matriz hospital-céntrica la Comunidad Terapéutica presenta como parte de su esquema, el ingreso voluntario y el derecho a la elección del paciente a residir por un tiempo específico en ella; un pacto voluntario. Esto traba implicaciones. Primero, gracias a ello, al querer estar en la comunidad, permite que sea posible un trabajo clínico con ellos, pues su estancia en la comunidad es

¹⁹ Comunidad Terapéutica, también conocida como Casa Loohl, fundada en 2013 en la ciudad de Querétaro. Es una Asociación Civil privada.

temporal. Se concibe como un proceso donde tendrán estabilización y retoma actividades sociales que previo a ingresar a la comunidad tenían suspendidas por diversos motivos.

Es decir, «no es» un lugar de encierro, ni de corte a las relaciones sociales, familiares u ocupacionales. Como ocurre con los internamientos psiquiátricos, asilos o anexos. Se trata de un espacio que tiene disímiles actividades internas y externas; es a puertas abiertas y cuya base de socialización no es la coerción, ni la disciplina, sino que se sostiene sobre la base de respeto y los acuerdos entre todos. Mientras a diferencia de la clínica privada, se trata de un dispositivo propiamente comunitario en lo «cotidiano» en donde a cada uno se le respetan sus habilidades, intereses y formas únicas de «estar» en el mundo; el factor que anuda la interacción es el vínculo y relación entre diferentes sujetos, que comparten un padecimiento. Las lógicas de intervención y dinámicas al interior contienen variables radicalmente diferentes a la consulta del uno a uno. En cuanto al ámbito familiar a pesar de ser un lugar donde residen los pacientes psicóticos, también se distancia del mismo en tanto hay un esfuerzo declarado y constante por identificar y no repetir las dinámicas familiares –en no pocos casos– son ellas mismas las que desencadenan una crisis o evaden la adherencia al tratamiento. En la Comunidad Terapéutica, Casa de Medio Camino Querétaro, se interviene, buscando que exista «una²⁰» forma diferente para el devenir de un caso.

A grandes rasgos sus actividades cotidianas están marcadas por ciertas normas que se reflejan en un reglamento el cual es entregado a cada huésped y psicólogo que se integra a la comunidad. De esta manera hay un rango de horas para levantarse, otro para hacer el desayuno, la higiene de las zonas comunes y las personales los talleres la realización de la comida de la cena así como de actividades menores como sacar la basura, organizar la alacena, mantener el refrigerador limpio horario de televisión, de salida a la tienda. Se trata de actividades cotidianas cuya ejecución la realizan los propios huéspedes con la perspectiva de

²⁰ Concepto que se retoma de Lacan en el seminario XX, como una manera singular de “hacer” y de arreglárselas con lo que es único de cada uno. Ello entonces implica que, no se puede plantear como categoría de “lo esperado”, o de conducir a la modificación de la conducta esperada. Una, forma de arreglárselas con los recursos que se tienen, una manera de hacer con lo que se «es».

que, en su tránsito por la Casa de Medio Camino, puedan crear rutinas para aumentar un grado de autonomía y facilitar posteriormente su incorporación a circuitos sociales, familiares o a una vida independiente. En la comunidad siempre se encuentra un psicólogo en las mañanas, en la tarde, y un paramédico en las noches cuyas funciones fundamentalmente son la coordinación de todas estas actividades que se realizan en la cotidianidad.

Esta función del personal clínico de lograr coordinar en armonía las actividades propuestas para el cotidiano no es labor sencilla, ni actitud fácil de encontrar o sostener, pues se necesita una cierta sensibilidad clínica para lograr hacer ejercer la norma sin que esto conlleve efectos de desencadenamiento y/o suspicacia, así como también es necesaria la firmeza como semblante de ejercicio de una ley, que se regula, sin ser amenazante, pero que se hace existir por medio del dispositivo comunitario, con el objetivo de que los huéspedes no abusen del cuidado que se les otorga, para promedio de berrinches, chantajes sobre su “enfermedad”, evadan sus responsabilidades básicas. Se trata de toda una labor que en ocasiones no es un problema sostenido, otras deben considerarse como un imposible en el momento, y siempre requiere de la figura del psicólogo, quien muy atento y con recursos creativos clínicos a la mano pueda sortear de una manera particular que la ley/límite general pueda entrar en cada uno de los huéspedes. En definitiva, no hay una manera de hacer²¹ porque no hay una situación general, ni un huésped tipo, es necesario un escucha clínica para identificar la especificidad de la situación y el caso, para tomar la decisión de una intervención lo más adecuada posible a cada caso.

Con esto se hace referencia a que las normas del dispositivo comunitario permiten que cada huésped, según la propia dinámica de su caso, establezca acuerdos para que se le contemplen ciertas actividades por fuera del reglamento como, por ejemplo; salidas a cursos, actividades laborales, horarios de computadora, salidas a caminar o hacer alguna actividad física, o bien acuerdos para realizar actividades creativas o de ocio fuera de la comunidad, como salida al centro de la ciudad,

²¹ Nos referimos a que no existen protocolos de intervención aplicados a todos de la misma manera. En ello radica la complejidad del trabajo en lo cotidiano con pacientes con experiencias psiquiátricas.

eventos. La elección y sus consecuencias –causa-efecto– como uno de los ejes rectores de la actividad comunitaria, sin embargo, ello, se hace a partir de un acompañamiento desde la singularidad de cada caso. La función terapéutica clínica de esta manera de proceder es doble; por un lado, detiene los eventos maniacos que puede presentar un huésped, da marco y forma a sus necesidades subjetivas buscando contener el desbordamiento, muchas veces desestructurado que se presenta en las psicosis, permite también que se puedan adaptar a sostener rutinas y, con valor mayor, que ellos mismos puedan poco a poco hacerse cargo de sus actos en lo que refiere a consecuencia.

2. HABITAR Y HACER HABITAR EL VÍNCULO SOCIAL

En Casa de Medio Camino Querétaro, trabajamos desde la singularidad del caso, sin embargo, al ser una CT se busca engarzar el quehacer singular con el exterior. El rasgo singular de cada caso presenta una serie de tensiones con lo que clínicamente se trabaja, incluyendo las dificultades por las experiencias que implican estar y convivir con el otro semejante cumpliendo ciertas normas y límites. Cabe destacar que, aunque estos procesos de construcción colaborativa son a través de la vía de la creación y del arte, «no» todos los huéspedes se suman a ella. Nos evidencia que, a nivel cultural en México, el arte no es necesariamente la vía de construcción estabilizadora para la psicosis, principalmente porque no todos los huéspedes, tienen interés, habilidad o porque no fue un medio transmitido educativo, pedagógico y/o familiar por el que este haya sido transmitido. Sin embargo, al ser un trabajo colaborativo, cada uno participa desde sus intereses y contribuciones; desde lo singular se respetan las invenciones, recursos subjetivos y habilidades de cada huésped en los proyectos comunitarios. Lo anterior permite reestablecer vínculos sociales y familiares, así como el reconocimiento social en dos vías: la de un otro “externo” que funge como testigo de la acción colectiva y la de los mismos compañeros, familia y red de trabajo de los profesionales quienes se encuentran en la Comunidad Terapéutica.

El trabajo colectivo es posible únicamente gracias al apoyo, coordinación, disposición y creatividad del equipo clínico, su participación es guía y puente para

la ejecución de los proyectos. El involucramiento de los psicólogos dentro de la comunidad es pieza fundamental para la realización y culminación de cada proyecto. Ello en ocasiones resulta tarea compleja debido a la indispensable comunicación, tolerancia, respeto, interacción y cohesión como equipo de trabajo, así como el compromiso de cada uno de los miembros que lo conforman, sin embargo, el trabajo con pacientes psiquiátricos requiere de constancia, compromiso, transferencia²² y de una práctica cotidiana: actitudes y competencias que no son fáciles de hallar en el personal.

Los talleres que se realizan dentro de la comunidad permiten también la gestación de proyectos en colectivo. El rol que adquieren los talleristas es relevante para los huéspedes como parte del equipo de trabajo, aunque son externos. De ellos se desprenden proyectos comunitarios, así como el establecimiento de redes de apoyo para los huéspedes. Cada taller tiene una razón específica de operar, no se trata únicamente de una clase impartida a un “grupo especial”, o para que “se ocupen” en algo, cada taller se planifica con cuatro objetivos: 1) estimular las funciones ejecutivas, para reducir el deterioro cognoscitivo, 2) trabajar las habilidades psicomotoras y de lenguaje, 3) promover el lazo comunitario a través de las aportaciones singulares, 4) construir puentes entre el huésped, su familia y lo social. En este caso no se trata, ni se centra el objetivo en promover el arte como una vía académica, no se trata tampoco de que los huéspedes desarrollen habilidades artísticas, se trata, de integrar la peculiaridad de cada uno en un colectivo en donde lo que se produce es la creatividad integrativa, la sensibilidad y empatía hacia el otro semejante con quien se convive en un cotidiano.

Cada uno de los huéspedes de la comunidad aporta desde su propia invención y pequeñas construcciones creativas vías que establecen conexiones con el otro social. Sin embargo, ello no siempre resulta labor sencilla. Primero porque al trabajar de manera singular con cada caso es indispensable regular los intereses y pensamientos de suspicacia, así como que, no todos ellos tienen la misma edad, intereses o habilidades. Sin embargo, se establecen pautas objetivas y concretas

²² Concepto trabajado ampliamente por la psicología y principalmente planteado por S. Freud, así como distintas corrientes en el psicoanálisis.

en los proyectos comunitarios. Es función del equipo de psicólogos conjuntar e integrarlo. Segundo, porque al trabajar de manera comunitaria es indispensable planificar, diseñar y construir entre todos un proyecto el cual tenga una visión unificadora concreta en colectivo.

3. IMPOSIBILIDADES CLÍNICAS

Cada caso, plantea sus propias imposibilidades a nivel de estructura, sin embargo, ello implica un reto de escuchar y acompañar al huésped en sus tiempos subjetivos, así como en sus habilidades. La figura semblante que adquiere cada uno de los psicólogos que se encuentra en la comunidad, es diferente, ello permite el trabajo desde distintas y múltiples transferencias. Lo anterior logra identificar con cada figura diferentes formas de abordaje, pero de manera integral con cada caso. Identificar los circuitos que se repiten, así como la orientación del caso; sus alcances y limitaciones. Las preguntas que de ahí devienen respecto al caso clínico, dan lugar a la posibilidad de desdoblarse en cierta medida, la certeza de la que en la estructura psicótica se adviene. Las estrategias en lo comunitario son bastas, sin embargo, la orientación que nos convoca es la línea sobre la que con intervenciones creativas y cotidianas se pretende recortar la invasión de lo real de lo que padece el psicótico (Rivas, 2006).

Otra de las imposibilidades que también se cifran en el trabajo en la CT, es esencialmente con las familias. Más allá de un trabajo psicoeducativo, en la Casa de Medio Camino Querétaro, se trabaja con el duelo. El dolor subjetivo de las familias en tanto, la caída de las expectativas sobre ese sujeto que forma parte de ella. Nos queda claro que uno de los hilos que hacen el vínculo social, implica necesariamente a la familia. Por ello identificar, de qué manera y con qué recursos subjetivos ésta puede enlazarse a su familiar desde la propia estructura de la imposibilidad del caso. Los trazos que se construyen ahí son los más delicados, debido a que, la familia, como sistema, tiene dinámicas, creencias, hábitos, costumbres y formas de relacionarse específicas, introducir variables que impliquen alterar ese sistema, resulta muchas de las veces un problema debido al ritmo y

necesidades singulares. Sin embargo, cada caso presenta en su singularidad rasgos, con los que se trabajan porque devienen también de la familia.

CONCLUSIONES

De lo que se ha pretendido con esta brevísima exposición, es de dar testimonio de las experiencias y procesos que implica la convivencia en lo cotidiano en la Comunidad Terapéutica, un modelo que si bien parte de las construcciones sociales que históricamente han derivado desde la segunda mitad del siglo XX, la Casa de Medio Camino Querétaro, da cuenta de su labor y de lo que ahí se produce tanto clínica como comunitariamente.

Si bien como Derridá lo plantea, en tanto que, en el testimonio «no» todo puede ser dicho, existen algunos puntos clave que sí pueden serlo, aún con sus vacíos, fallas y faltas. En ese sentido, más allá de armar el orden de un discurso de saber (Foucault, 1970), lo que nos permite el dispositivo es pensar nuestra práctica y funcionamiento con la estructura psicótica y los puentes de diálogo que, con ella, desde su propio lugar enseña.

Aunque a nivel internacional y organismos como la Organización Panamericana de la Salud recomiendan las Comunidades Terapéuticas como modelo de trabajo, así como plantea que “la atención en la comunidad logra una mayor efectividad terapéutica además de ser humanizante” (OPS, 2017) también plantea que “por otro lado los usuarios de los servicios de salud mental prefieren vivir fuera de las instituciones gozando de sus derechos como ciudadanos” la desinstitucionalización de la salud mental implica pensar nuevas prácticas y servicios alternativos los cuales han demostrado ser más eficaces, efectivos y humanos. Sin embargo, para el seguimiento y procesos de inclusión social es necesario de una red de apoyo que permita tanto a las familias, al paciente y al cuidador primario un punto de base para dar seguimiento, autonomía y funcionalidad. Hacerlo en solitario, conlleva a formas de encierro involuntarias que en ocasiones por desinformación o temor generan prácticas complejas dentro del sistema familiar.

El trabajo que se realiza dentro de la Comunidad Terapéutica Casa de Medio Camino Querétaro es complejo principalmente por las resistencias fincadas por

modelos asilares y asistenciales que han anclado como principio la concepción de la enfermedad mental como peligrosa, sin una solución o cura posible. Sin embargo, la principal herramienta con la que se trabaja en este dispositivo es con una *praxis* cualitativa, subjetiva y singular que en el día a día se emprende como parte de un proceso de concepción inseparable a la autonomía y funcionalidad posible que cada caso desde sus recursos subjetivos logra construir, haciendo uso de una red de apoyo. El soporte que aporta y brinda la comunidad terapéutica es el vínculo y el proceso de inclusión social, a partir de los esbozos de apropiación y abordamiento del problema «no» sin las complejas características de interacción que permite el trabajo en grupo y en colectivo. Teniendo presente la alteridad y la responsabilidad ética de cada los miembros que la constituyen.

Es indispensable señalar que una Casa de Medio Camino como dispositivo, no necesariamente se orienta en trabajar desde un modelo de Comunidad Terapéutica; son pocas las instituciones en México que promueven y trabajan desde ese eje. La presencia, el cuerpo de un otro que está acompañado en el terreno resbaladizo que implica el trabajo con pacientes con esquizofrenia se logra con un trabajo minucioso y constante, el cual tiene que ser formulado desde un proceso singular y colectivo. La Comunidad Terapéutica como modelo implica la autonomía, pero también la interpelación sistémica del grupo que la conforma. No se trata únicamente de realizar actividades con la finalidad de entretener u ocuparse, sino que entre varios se puedan realizar proyectos en común que permitan tender puentes de solidaridad, empatía, colectividad y reconocimiento. En ella se implica necesariamente el concepto de inclusión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basaglia, F. (1972) *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Argentina: Ediciones Corregidor.
- Capponi, S. (2011). Para una genealogía de la psiquiatría ampliada. *Cuadernos Brasileños de Salud Mental*. 3(6), pp. 106-125, <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/issue/view/2975>
- Comas, D. (2007). *Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. España: Grupo GID.

- De Certeau, M. (2007). *El lugar del otro*. Buenos Aires: Katz.
- De Certeau, M. (2006). *La escritura de la historia*. México: Universidad Iberoamericana.
- Derridá, J. (1972). *Márgenes de la filosofía*. España: Cátedra.
- Derrida, J. (2006). *Aporías*. España: Paidós.
- Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe de la Organización Panamericana de la Salud, 2020, pp. 1 a 54, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.pdf.
- Dosil, F. (2019). La locura como acción política. El movimiento antipsiquiátrico en México. *Revista electrónica de Psicología Iztacala UNAM*. 22(1), 629-645, <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/69164>.
- Foucault, M. (2010). *El orden del discurso*. México: Tusquets.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gadamer, H. (1998). *Verdad y Método. Fundamentos para una teoría de la experiencia hermenéutica*, T1. España: Sígueme.
- Garbi, S. (2020). *De encierros y asilamientos*. UBA: Facultad de Ciencias Sociales.
- Garnica, R. (1997). *El Botánico y el manicomio*. México: Biblioteca Médica Mexicana.
- Heidegger, M. (1993) *Ser y tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Heidegger, M. (1997). *Arte y poesía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jones, M. (1956). The Concept of a Therapeutic Community. *The American Journal of Psychiatry*. 8(112), 647-650, <https://doi.org/10.1176/ajp.112.8.647>.
- Laning, R y Cooper, D. (1978). *Razón y violencia*. España: Paidós.
- Laurent, E. (1987). *Estabilizaciones en la psicosis*. España: Manantial.
- Nava Murcia, R. (2016). Historia, Escritura y Acontecimiento. *Revista Historia y Grafía*. Universidad Iberoamericana. 46, p. 20.
- Pérez del Río, F. (2010). Origen alemán de la comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 30(105), 145-149, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265020198009>

- Pérez, R. (1988), *El Concepto de Enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Rivas, E. (2006). *Pensar la psicosis. El trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*. Gramma.
- Simmel, E. (1937). The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement. *Bull Menninger Clin*, 1, pp. 133-143.
- Sutton, S. (2006). La exclusión social y el silencio discursivo. *Iberóforum. Revista de Ciencias sociales de la Universidad Iberoamericana*. 1(2), pp. 1-10, <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211015573011.pdf>