LINEA DE INVESTIGACIÓN
METODOLOGÍA
PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS

"TALLER DE AUTOGESTION TERAPÉUTICA"
1986
Recuperación y Rehabilitación biopsicosocial

Dr. Mario Orrego Bonavita
Docente Honorario Especializado (a nivel de G°4) de Clínica Psiquiátrica

DESARROLLOS EN TEORIA Y TÉCNICA
Diseño a partir de la práctica clínica
en el Hospital Psiquiátrico
y referencias neuropsiquiátricas.

Introducción

El presente trabajo, denominado "Taller de Autogestión Terapéutica", constituye la cuarta comunicación en relación con la temática de la línea de investigación en "PROYECTO (A) METODOLOGÍA EN LA PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS", que fuera elevado a la Comisión de Investigación Científica de la Facultad de Medicina[1], a expresa solicitud de la misma de fecha 13 de febrero de 1986, siendo Profesor Director de la Clínica Psiquiátrica el Dr. Enrique Probst. Finalmente, luego de cinco años de elaboración de un modelo teórico psicobiológico alternativo para la comprensión de la psicosis -basado en conocimientos neuropsiquiátricos acerca del funcionamiento cerebral en términos de psiquismo y especialización hemisférica- y de tres años de su aplicación a través del ensayo clínico experimental en un grupo de pacientes de población hospitalaria, con análisis reiterado del material documentado en registro continuo de video –fenómenos espontáneos y producto de las intervenciones– y reconstrucción del modelo teórico, fue identificado un método y elaborado un programa preliminar de trabajo psicoterapéutico efectivo para el tratamiento secundario (asistencia y recuperación) y terciario (rehabilitación)[2,3] de pacientes afectados de Esquizofrenia, resistente a tratamiento biológico farmacológico y ECT, en lo concerniente al propósito de lograr objetivos primordiales, tales como mitigar los síndromes patológicos y sus padecimientos, y, propiciar el desarrollo de estrategias que provean mejor funcionamiento global a pesar de la actividad psicótica residual.
Fue presentado en las Jornadas de Rehabilitación sobre Salud Mental, del 30 y 31 de mayo de 1986, en el Hospital Psiquiátrico Musto, organizadas por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
Tiene como antecedentes académicos específicos tres trabajos relacionados en la propia línea de investigación en desarrollo, de aplicación del Psicodrama[4-7] a la psicosis.[8-10]
Las referencias neuropsiquiátricas que fundamentan el diseño pertenecen a otra línea de investigación en desarrollo denominada "ESPECIALIZACIÓN FUNCIONAL HEMISFÉRICA", también elevada a la Comisión de Investigación Científica de la Facultad de Medicina[1], en relación con la solicitud de fecha 13/II/86, y perteneciente al "PROYECTO C"; registra como antecedentes tres trabajos representativos.[11-13]
La presentación original se encuentra documentada en grabación de video, sistema NTSC-VHS, en registro prolongado de dos horas; consta de cinco partes:

a) Referencia al método y programa de asistencia.

b) Exposición acerca de la constitución y desarrollo del proceso terapéutico individual y grupal (casuística clínica ilustrada con montaje de fragmentos de sesión en video tape de 30 minutos de duración).
c) Referencia a la actitud terapéutica, una característica crucial en el desempeño del rol profesional con estas poblaciones de pacientes.
d) Exposición acerca de la utilización de los recursos terapéuticos de la Comunidad (casuística clínica ilustrada con montaje de fragmentos de sesión en video tape de 30 minutos de duración);
e) Manifiesto ideológico científico profesional.

La presentación actual es una síntesis que expresa los conceptos vertidos de los ítems a-c-e, y muestra solo segmentos de los registros originales documentales b-d por razones practicas de tamaño en la edición fílmica; se transformaron las grabaciones de video a sistema PAL-N, en formato CD, para facilitar su reproducción en equipos de TV locales y computación comunes.
El texto específico acerca de la investigación realizada se encuentra precedido por el marco teórico epistemológico que la fundamenta.
Las referencias biblio-videográficas son las de la época de la comunicación original del trabajo, en 1986.
El "Taller de Autogestión Terapéutica" ha cumplido en el 2003 veinte años de actividad asistencial ininterrumpida, en el Hospital Psiquiátrico público, siendo estimado el tiempo de su gestión horaria acumulada de 3000 horas, registradas en su mayor parte en video.
Dado que en las últimas dos décadas aparecieron una serie de recomendaciones importantes de organizaciones científicas, profesionales y gubernamentales, referentes a cuestiones de Rehabilitación, hemos considerado pertinente incluir al final un Apéndice, con la propuesta de actualización al Capítulo de Rehabilitación Psicosocial del Programa Nacional de Salud Mental, denominada "Rehabilitación, un modelo Terapéutico Integral". Comprende las conclusiones elaboradas con los aportes de diversas instituciones que realizan rehabilitación en nuestro medio, con inclusión entre otras del "Taller de Autogestión y Percepción Terapéutica" del Hospital Psiquiátrico; la Comisión Asesora fue coordinada por el Dr. Osmio Curbelo, Director del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. Se trata de un documento importante, consensuado, que indica el desarrollo adquirido en la materia, y la ubicación del Psicodrama dentro de ese contexto; fue aprobado por la Unidad de Salud Mental del M.S.P., a cargo del Prof. Dr. Hector Puppo Touriz.

MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO

Ciencia y dominio

"La enfermedad de la razón radica en su propio origen,
en el afán del hombre de dominar la naturaleza."

Max Horkheimer

En el camino de la ciencia moderna, la Ilustración constituye el punto de partida y la clave de su comprensión. La Ilustración nace bajo el signo del dominio, dado que su objetivo fue desde un principio *liberar a los hombres del miedo y constituirlos en señores.*(14) Pretende acabar con los mitos y jerarquizar por encima de todos los conocimientos el saber de la ciencia, dejando de aspirar a la felicidad del conocimiento por el conocimiento en sí mismo, para ocuparse del conocimiento como medio de explotación y dominio de la naturaleza. En la Ilustración el conocimiento se torna poder y el hombre se relaciona con la naturaleza de modo abusivo, como el dictador con los hombres: la conoce en la medida que puede manipularla y someterla. La Ilustración tiene por efecto el desencantamiento de la naturaleza, dado la progresiva racionalización y reducción de la realidad al sujeto, bajo el signo del poder que el conocimiento le brinda. La finalidad principal original que era liberadora, queda distorsionada al transformar la naturaleza en mera objetividad, en un proceso de cosificación y alineación.

En "Dialéctica de la Ilustración" Adorno y Horkheimer afirman que la Ilustración se autodestruye al configurarse bajo el signo del dominio. Ese dominio sobre la naturaleza se vuelve sobre el sujeto dominante, reduciendo la propia naturaleza interior, y finalmente su mismo yo a un puro sustrato de dominio; en ese desatinado afán la razón occidental, olvidó la originaria unidad del hombre con la naturaleza, poniendo así en marcha el germen de su propia perversión.

Indudablemente la ciencia ha hecho aportes fundamentales para la comprensión del mundo, y esta comprensión ha posibilitado conquistas prácticas. Cierto es también que otras formas de conocimiento alternativas al conocimiento científico han ido desapareciendo o han cambiado tanto que ya no entran en conflicto: las religiones se han ido "desmitologizando" para volverlas "aceptables" en una era científica, y los mitos se han reinterpretado perdiendo sus implicancias ontológicas. No es por carecer de todo valor explicativo que pierden su vigencia. Lo mismo ocurre con antiguas teorías científicas, como por ejemplo acerca del

“movimiento de la tierra,” que apareció en la antigüedad y fue rechazada inicialmente por los argumentos de los aristotélicos, retomada luego por Ptolomeo -uno de los más grandes científicos- y vuelta a rechazar como “increíblemente ridícula,” y admitida finalmente en el siglo XVII.
Este fluctuar de aceptaciones y rechazos se reproduce también de modo válido para los métodos. En un principio el saber estaba construido sobre la razón y la lógica; luego Aristóteles introduce los procedimientos empíricos, a los que Descartes y Galileo dan una formulación matemática. Posteriormente la escuela de Copenhague combina estos métodos con el empirismo radical.
El retroceso temporal de una ideología (se trate tanto de formas antiguas de la ciencia como de concepciones no científicas) no es motivo suficiente para su eliminación. Si la ciencia aparece como la única ideología válida, es en gran parte porque alguno de sus éxitos en el pasado se constituyeron en medidas institucionales -tales como la educación, el papel de los expertos y de grupos de interés- que impiden el retorno a las formas anteriores.
En ciertas ocasiones la ciencia antigua y la filosofía científica, compitieron con otros saberes y triunfaron de manera honesta, pero en otros casos su triunfo se debió a que *los apóstoles de la ciencia eran los más decididos y oprimieron materialmente a los portadores de alternativas culturales*.[15a]

La confianza en el conocimiento científico se justifica ampliamente por el desarrollo e incidencia que tuvo en los siglos XVII y XVIII. Los científicos superaron el saber estéril y transformaron las condiciones sociales dadas, estructurando con creciente creatividad y coherencia lo verdadero y bueno para la humanidad. Pero la ciencia a lo largo del siglo XX fue perdiendo paulatinamente las necesidades filosóficas y la mayoría de las aspiraciones humanitarias, pasando a ser a veces una actividad burocrática y mercantil.
Ya casi no existen “Galileos” entre los técnicos y los profesionales de nuestra época, que arriesguen su pellejo por el desarrollo de la ciencia, y quedan pocos humanistas capaces de asumir la responsabilidad asistencial contracorriente por el bienestar de la gente, a riesgo de convertirse en una amenaza para las alianzas corporativas de la medicina, y por lo menos objeto de censura moral.
Tener títulos, remuneración, y trascender a través del prestigio, en buenas relaciones con autoridades y colegas, son los objetivos primordiales del hombre medio de ciencia. El conflicto surge cuando tiene que resolver problemas desde el estrecho marco de comprensión de su referencia, con significaciones restrictivas (debido a la creciente especialización en los conocimientos) acerca de la complejidad de los significados comprendidos en la realidad global que queda fuera de su alcance. Le resulta muy difícil establecer el nexo entre los hechos y una significación disímil a la establecida en su ámbito, y, frecuentemente deja de lado las consideraciones humanitarias, como también cualquier idea de progreso que suponga algo más que reformas focales.

De acuerdo con Stuart Mill en “De la Libertad”, la ciencia es un conjunto de alternativas rivales. Una teoría aceptable en un momento dado, es aquella que simplemente aventaja a las demás, sin una necesaria validez; puede estar impuesta por factores extracientíficos, o por mérito real. Para este filósofo de la ciencia, la aceptación mayoritaria no proporciona ninguna prueba sólida, ya que tanto las teorías, como sus afirmaciones de tipo práctico, son hipótesis que frecuentemente no son sólo parcialmente falsas, sino a veces totalmente erróneas, y hasta formuladas sobre cosas que jamás existieron.

Teoría y Método

> Las condiciones externas, que los hechos de la experiencia imponen al científico, no le obligan, sin embargo, en la construcción de su sistema conceptual, a circunscribirse a un único sistema epistemológico. Por eso, a los ojos de un epistemólogo sistemático aparecerá como un oportunista sin escrúpulos.
>
> Albert Einstein

Una idea presente y aceptada en las diferentes tradiciones científicas es que el progreso y el éxito sólo pueden lograrse a través de métodos específicos.
Sin embargo, según Feyerabend:

> *Ni Galileo, ni Kepler ni Newton utilizan métodos específicos bien definidos. Son más bien eclécticos oportunistas. Naturalmente cada individuo tiene un estilo de investigación peculiar que da a sus trabajos una cierta unidad; pero el estilo cambia de un individuo a otro y de un área de investigación a otra. A veces Galileo se comporta como un empirista, mientras que en otras ocasiones procede como un racionalista recalcitrante que desdeña los resultados de la observación. El comportamiento de Newton es completamente distinto cuando trabaja en cuestiones de mecánica de cuando trabaja en óptica...Cuando nos fijamos en la situación histórica efectiva llegamos a la conclusión de que la ciencia ha salido adelante por distintos caminos y que los problemas científicos se han abordado con métodos completamente diferentes*.[15b]

Creemos con Feyerabend que ninguna de las metodologías de la ciencia ha proporcionado reglas adecuadas para guiar la actividad de los científicos. Sus

acusaciones contra el método son contra las metodologías entendidas como proveedoras de reglas absolutas y exclusivas que sirven de guía a los científicos. Los científicos no deberían estar obligados en ningún caso por las reglas de ningún método. El científico no debe estar familiarizado con las metodologías de la ciencia que le ocupa sino con la ciencia misma, y tomar las decisiones que considere oportunas en cada situación en particular.

> *La idea de que la ciencia puede y debe actuar de acuerdo con reglas fijas y universales es tan poco realista como perniciosa. Es poco realista porque tiene una visión demasiado simple de los talentos del hombre y de las circunstancias que fomentan o provocan su desarrollo. Y es perniciosa porque el intento de aplicar las leyes está abocado a incrementar nuestra cualificación profesional a expensas de nuestra humanidad. Además la idea es perjudicial a la ciencia porque pasa por alto las complejas condiciones físicas e históricas que influyen en el campo científico. Hace que la ciencia sea menos adaptable y más dogmática.*(16)

Los problemas científicos se han abordado con métodos diferentes y la ciencia ha avanzado por diferentes caminos. Un científico se encuentra inmerso en una circunstancia, una situación histórica compleja determinada por observaciones, instrumentos, teorías, ideologías, prejuicios y errores; se espera que desde estas condiciones mejore las teorías existentes y resuelva los problemas que la realidad plantea. Desde esta perspectiva, hay que formar hombres para que den respuestas adecuadas teniendo en cuenta que no hay dos situaciones ni dos individuos iguales y que por lo tanto no pueden haber dos procedimientos idénticos.
Todavía se sigue creyendo que hay un método único que es garantía de la "teoría perfecta". Esta creencia mítica tiene su origen cuando la ciencia parecía ser un conocimiento libre de errores o con mínimas e insignificantes desviaciones fácilmente subsanables. La situación cambió radicalmente en el siglo XX con la aparición de las Teorías Cuántica y de la Relatividad; dejaron en evidencia que teorías consistentes pueden resultar completamente falsas. La ciencia siempre ha progresado a fuerza de catástrofes, revoluciones y no hay una sola teoría que esté libre de dificultades, ningún método, ni ninguna autoridad, en palabras de Feyerabend:

> *La ciencia en sus mejores momentos necesita de todos los talentos del hombre: de su sentido crítico tanto como de su capacidad literaria, de sus prejuicios tanto como de su prudencia, de sus argumentos tanto como su oratoria, de su honestidad tanto como de su tendencia al engaño, de su talento matemático como de su sentido artístico, de su modestia tanto como de su codicia*(15c)

Racionalismo y relativismo

Todo lo expresado conduce a un problema fundamental dentro de la filosofía de la ciencia o epistemología: la controversia entre “racionalismo” y “relativismo”.
El racionalismo afirma que hay un solo criterio, universal e intemporal, para juzgar teorías rivales. Cuando se vuelve radical considera que las decisiones y elecciones de los científicos deben estar guiadas por criterios universales; rechaza las teorías que no dan satisfacción, y elige para consideración las que resultan aproximadamente o probablemente verdaderas. La distinción entre ciencia y no ciencia se encuentra muy definida para el racionalista, que considera la verdad, la racionalidad, y por consiguiente la ciencia, como necesariamente buenas.
El relativista niega que exista un criterio de racionalidad ahistórico y universal por el cual se pueda decidir que una teoría es mejor que otra. Según él, la elección por una teoría varía de un individuo a otro, y de una comunidad a otra; la búsqueda del conocimiento dependerá de lo que es valioso en un momento histórico dado para un individuo o para una comunidad. Para Kuhn “no hay ninguna norma superior a la aprobación de la comunidad correspondiente”(17)
Las decisiones de los científicos estarán determinadas por sus valores y no por criterios universales que dicten decisiones lógicamente obligatorias para “científicos racionales”. Para comprender la elección de una teoría hecha por un determinado científico se requiere comprender lo que ese científico valora, y esto lleva necesariamente a una investigación psicológica; para comprender la elección de una comunidad por determinadas teorías habrá que comprender lo que ésta comunidad valora y será imprescindible una investigación sociológica.
El objetivista racionalista busca la verdad, mientras que el relativista está más interesado en la transformación de los distintos puntos de vista.
El racionalista considera que las opiniones son, o bien verdaderas, o bien falsas; para el relativista las ideas pueden ser igualmente verdaderas pero no igualmente deseables.

Si bien entendemos que el relativismo abre la estrechez de miras en que nos coloca el racionalismo extremo y nos libera de ataduras metodológicas, y de teorías que se convierten en dogmas, no renunciamos a reconocer que una teoría puede ser mejor, en el sentido de estar mas cerca de la verdad, de resolver mejor un problema , de ser un instrumento mejor de predicción o de cualquier otra cosa

que otra rival, aún cuando ningún individuo o grupo la juzgue así. Como afirma Lakatos:

> *Una teoría puede ser seudocientífica aún cuando sea eminentemente plausible y todo el mundo crea en ella, y puede ser científicamente válida aunque sea increíble y nadie crea en ella. Una teoría puede incluso tener un gran valor científico aunque nadie la entienda y mucho menos crea en ella.*
> *El valor cognitivo de una teoría no tiene nada que ver con la influencia psicológica en la mente de la gente.*
> *Las creencias, los compromisos, el entendimiento son estados de la mente humana...pero el valor científico, objetivo de una teoría...es independiente de la mente humana que la crea o la entienda.*(18)

ASISTENCIA INTEGRAL DE LA PSICOSIS EN CONTEXTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL

MÉTODO Y PROGRAMA DE ASISTENCIA

MÉTODO

¿Por qué Talleres de Autogestión?

Noción de Taller

Por ser una actividad donde se realizan tareas que objetivan al sujeto en el curso de su hacer, inicialmente frente a si mismo y luego en interacción con los demás. En primera instancia el sujeto se auto-objetiva en la realización de una obra personal. Se proponen metas accesibles, adecuadas al deterioro de las capacidades cognitivas e instrumentales ejecutivas, para el logro de acciones creativas elementales de algún tipo**,** y no necesariamente proyectivas o estéticas, como es usual concebir. El resultado inherente a ese hacer particular, plasmado en la creación, con producción de una obra e instauración del "rol básico natural disponible", es el inicio de la individualización del sujeto (identificación de aspectos propios ignorados o negados) en un proceso intrasubjetivo.
En segunda instancia el sujeto se hetero-objetiva en la relación interpersonal indirecta con otros integrantes del grupo a través de su obra. La vinculación interpersonal mediatizada por esa creación lo individualiza de modo intersubjetivo.
Hemos observado que de la persistente y prolongada reiteración de estos dos procesos sucesivos deviene casi siempre otra obra, objetivo mayor y opus fundamental: la aparición de núcleos de identidad estables, en torno a los cuales se agrega, organiza, y eventualmente desarrolla y consolida la personalidad.
Dado la precariedad del funcionamiento cerebral en esta condición patológica, se busca respaldar el trabajo clínico psicoterapéutico transitando sobre registros naturales primordiales, arcaicos y evolutivos, de estructuras cognitivas arraigadas en el substractum, organizadas en secuencias temporales, con sentido de dirección semejante a la del desarrollo prehistórico e histórico cognitivo de la especie e individuo, filogenia y ontogenia respectivamente**.**
Expresado metafóricamente, en este trabajo psicoterapéutico, al igual que en la evolución de la especie humana, "el homo habilis precede al sapiens", en el sentido obvio de que las prevalencias funcionales cerebrales se suceden, como en el desarrollo del individuo, de uno a otro hemisferio, dando lugar a procesamientos cognitivos especializados, diferentes y característicos.[12-13]
En esos trámites de ida y vuelta sucesivos, desde lo sintético-analógico-intuitivo-perceptivo-inconsciente a lo analítico-lógico-racional-verbal-conciente, transcurre la recuperación y la rehabilitación, en medidas variables, y, hasta donde se pueda llegar, circunstancialmente, al momento de las intervenciones.

Noción de Autogestión

En esta tarea, los profesionales y técnicos integrantes del equipo de salud, no son, de acuerdo a expectativa tradicional, curadores o hacedores de salud, sino coordinadores e instrumentos sanitarios, en grupos de personas portadoras de patología psicótica con afectación de la autonomía. Colaboran para que los pacientes encuentren motivaciones para formalizar su asistencia, puedan cumplir

en continuidad con los protocolos terapéuticos biológicos, y, en lo que tiene que ver con los objetivos específicos de rehabilitación psicosocial, inicien y reinicien ese proceso, venciendo la inercia de la patología y las declaraciones de incapacidad, en cada situación y circunstancia propicia, de acuerdo al método y programa particulares utilizados.
No obstante los beneficios generales obtenidos por efectos de promoción de salud, y las ventajas adicionales del diseño psicoterapéutico a medida, ajustado a las características de gravedad de la patología (desorganización, irrealidad, delirio, alteraciones perceptivas y cognitivas, apragmatismo), para posibilitar y sostener el proyecto terapéutico, se requiere del incentivo y desarrollo de un andamiaje estructural virtual multidimensional afectivo-ideológico-emocional, que provea sentido existencial al padecimiento adicional de emprender una tarea reparadora de si mismo, encontrándose en precarias condiciones o en colapso psíquico. Ese andamiaje se constituye a partir del cúmulo de vivencias específicas originadas in situ, que rinden cuenta a dos fundamentos motivacionales, para nada científicos, pero muy ligados a la condición humana: el protagonismo individual, referente a la satisfacción de las necesidades psíquicas mínimas o narcisistas primordiales, y, la mística grupal, subcultura de solidaridad comunitaria, emergente espontáneo de valores gregarios universales en situaciones de catástrofe.

En este encuadre los usuarios son los principales gestores de la tarea terapéutica, siendo clave a esos efectos la participación a través de la acción**,** y la imprescindible creación de obras que los representen y relacionen entre si, dado que se desconocen a si mismos en estado basal, y, desorganizan y confunden por sobre-estimulación al establecer vínculos personales directos en las etapas iniciales. Creando la obra, se reflejan y reconocen, y, compartiendo la obra en interacción recíproca de vínculos mediatizados, se socializan. Expresado metafóricamente, la marca de fábrica que garantiza la calidad del producto de salud, en el laboratorio de restauración y reciclaje humano que constituye el Taller, señala el procedimiento: “realizado, para descubrirme, y desarrollarme en relación con mis pares”; en si mismo constituye un ensayo real de desalienación, con el corolario ad hoc virtual de la integración social.
La acción protagónica es el modo más efectivo de convocar y asegurar el desarrollo de las potencialidades innatas del individuo, asentadas en un material genético alternativo al de la patología. Se encuentra implícito en esta perspectiva, que esas capacidades individuales, reservorio saludable remanente de la naturaleza, deben ser descubiertas durante el trabajo por los participantes, y no asignarse o atribuirse a priori de modo protésico; es en función del desarrollo de esas características genuinas (habilitación autenticada) que aumenta el rendimiento terapéutico (recuperación y rehabilitación), por constituirse en vía de acceso directo al programa genético específico del portador.

Contextualmente la acción grupal transcurre en la dialéctica de salud-enfermedad. En ese proceso, los integrantes desarrollan sentimientos espontáneos, no consignados, recíprocos, de solidaridad intrínseca, de valencias variables, en carácter de personas marginales que sobrellevan juntas la disfuncionalidad, e integran un grupo atípico que comparte experiencias extremas de vida subjetiva, limítrofes y catastróficas. Con el paso del tiempo experimentan la necesidad y responsabilidad de continuar en asistencia y rehabilitación , y a veces de estrechar y fortalecer vínculos compartiendo la vida, cuidándose o conviviendo circunstancialmente, y también defendiendo sus derechos, cuando identifican intereses propios y los conceptualizan.
En razón de que los pacientes no son tan solo destinatarios de la acción terapéutica (objetos de atención), sino que constituyen factores prevalentes de acción terapéutica (sujetos, instrumentos al servicio de sus pares, autores de la mejoría), y factores humanos animadores esenciales (dan vida y aliento al proyecto) para la consolidación del proyecto terapéutico, es que se define la tarea como de Autogestión grupal.

PROGRAMA

La tarea operativa propende al logro del mejor funcionamiento global del paciente reparando en alguna medida las diátesis psíquicas; parafraseando la fenomenología tradicional, los objetivos fundamentales son:

Concordar lo discordante
Asociar lo disociado
Introducir realidad en el autismo

Este trabajo se refiere a las dos primeras unidades temáticas del programa (Concordar y Asociar), que consideramos fundamentales y son preliminares en el proceso terapéutico, en materia del control del síndrome negativo -- afectivo, cognitivo y ejecutivo-- de expresión de la enfermedad.
No es posible introducir realidad en los sistemas delirantes, sin antes concordar en monto suficiente la comunicación de la persona afectada, para lo que a su vez debe lograrse en algún momento, antes y después, la integración apropiada de su psiquismo asociando aspectos disociados.
El sentido de realidad circunstancialmente deviene a través del trabajo reiterado mediante dramatización, con reconstrucción y contrastación de hechos patológicos que protagonizan en la vida cotidiana. Interesa más menguar la disfunción cognitiva que distorsiona las relaciones interpersonales, que el tratamiento del delirio básico nuclear; se trabajan anécdotas conflictivas e incidentales familiares y sociales. No es objeto de este trabajo presentar este último tópico del programa (Introducir realidad en el autismo); los conceptos que

fundan las intervenciones para tener influencia en el síndrome positivo se hallan en ciernes.

Para concordar lo discordante es fundamental la actitud terapéutica del clínico; se trata de una intervención terapéutica de orden general, implícita, inaparente, de efecto vivencial, cuyas características se describen de inmediato.

Para asociar lo disociado se trabaja de acuerdo al protocolo de intervenciones en el síndrome negativo, en varios niveles y diferentes instancias; consiste en una serie de operaciones terapéuticas secuenciales, de objetivo preciso, explícito, y efecto evidente, que se describen con posterioridad

ACTITUD TERAPEUTICA

Psicoterapia de la discordancia

La experiencia clínica cotidiana en el Hospital Psiquiátrico demuestra que la calidad de la actitud es fundamental en la posible mejoría del paciente portador de psicosis; se trata del instrumento más antiguo que pueda asociarse a la noción de recurso terapéutico específico.

Debido a las condiciones particularmente críticas en la decodificación cognitiva el paciente experimenta de continuo vicisitudes vinculares con los demás, y el terapeuta es usualmente parte del error en esa ecuación humana; su hacer, la actitud que asume frente al paciente, y su concepto del rol técnico profesional, influyen en alto grado el proceso terapéutico.

El terapeuta adopta un conjunto cambiante y presuntamente coherente de actitudes, profundamente arraigadas en la organización personal, sistematizadas por el marco referencial teórico académico, e instrumentadas mediante técnicas y métodos admitidos por la escuela de pertenencia, más allá de la pertinencia de su aplicación.

El terapeuta requiere para trabajar con estas poblaciones técnicas y métodos alineados que concuerden genuinamente con las propias aptitudes para maximizar las posibilidades de éxito, y, debe seleccionar dentro de la enorme variedad existente las adecuadas y apropiadas a cada paciente, circunstancia, y situación patológica en particular.

Las leyes de la humanidad[19] demandan que la actitud sanitaria debe estar imbuida de respeto genérico hacia los individuos, con particular observación y cuidado por los derechos de autodirección y elección de valores. Se trata de que las intervenciones propicien los valores inherentes de la identidad original, y salvaguarden la significación personal de los contenidos del psiquismo, sobre todo porque la condición de deterioro cognitivo hace propensos a estos individuos a la despersonalización y su conversión en objetos, de estudio en la investigación, de interpretación en el análisis, de diagnóstico categorial y terapéutica protocolizada tradicional en la clínica.

La advertencia es que cada vez que hacemos de la persona un objeto académico depositario de algún tipo de nuestros contenidos, al sobreactuar el rol profesional y aplicar irracionalmente el método clínico (al percibir de modo impersonal el caso particular, o diagnosticar exclusivamente en términos categoriales, o interpretar y atribuir significados improbables y arbitrarios a las conductas ajenas de acuerdo a la teoría), nos convertimos en factores patógenos y obstáculos de los objetivos terapéuticos propuestos.
De cuál sea la actitud que se asuma depende quedar dentro o fuera de la comunicación saludable y la acción terapéutica posible.
Tal cual expresamos la actitud ha de ser de respeto a la singularidad, pero validada necesariamente por la trasparencia y veracidad de una real aceptación. En el reconocimiento o no -y más aún desde la investidura del rol- los demás pueden reconocerse o desconocerse a si mismos, a través del sinfín de señales emitidas por la actitud integral de fondo que se manifiesta siempre, y que en caso de intentar encubrir, se constituye en obvia evidencia para la sagaz suspicacia de las poblaciones de personas disfuncionales. Se encuentra contraindicado, y más allá de la ética, condescender o aparentar admisión de características personales de los pacientes en situación terapéutica; tienen efecto iatrogénico, paradojal, y obtienen recusación.
La proximidad humana contextual hace posible una sociedad aliada o mutualidad de efecto benéfico recíproco entre terapeutas y pacientes. Al vivenciar al otro como persona el terapeuta sanea el rol profesional, y tiende a optimizar la medida y pertinencia de la academia que lo deshumaniza en el afán de considerarlo como objeto de conocimiento. Evitando el distanciamiento preceptuado, regulado por la norma terapéutica tradicional, se evita el distanciamiento del paciente consigo mismo; de esa manera, a través del recurso vivencial, con el margen protector de la seguridad afectiva, se logra incidir en el cerebro, reparar diátesis, y eventualmente integrar, asociar y concordar el psiquismo.
Las personas portadoras de psicosis requieren de los terapeutas una personalidad bien individualizada, poco conflictiva, con gran capacidad reparadora, que propicie una interacción terapeuta-paciente complementaria resolutiva, y, lo suficientemente animada como para sobrellevar y elaborar las inevitables frustraciones, manteniendo el empeño y la actitud vital hacia el paciente difícil, aún en situaciones clínicas valoradas como catastróficas.
El concepto de personalidad individualizada implica una clara percepción de sí mismo, con identificación de aspectos propios singulares, y de la trascendencia del promover en el medio un reconocimiento no idealizado de si mismo, con trasparencia contrastada de defectos y virtudes.
Esa condición le permite además al terapeuta percibir con realismo[20] al paciente, en su singularidad diversa, la de una naturaleza programada de modo alternativo, y más allá de las significaciones que quiera adjudicarle, resistiendo el acto reflejo de reeditar la teoría, que a veces lo coloniza y se convierte en prototipo estereotipado de identidad. Se trata de una percepción básica, tal cual son las

cosas, desprovista de abstracciones, tan concreta y selectiva que posibilita apreciar de modo directo y con facilidad la naturaleza intrínseca de lo percibido. Para hacerla posible ha de desarrollar capacidad de control interno y aumento de la reserva funcional para tolerar el caos y buscar un orden en él al experimentar sin desorganizarse las oposiciones, dicotomías, polaridades, contradicciones e incompatibilidades entre la patología y el marco referencial.

Dado la posición de laxitud ideológica no se requiere ver al otro como verificador del cuerpo teórico, diagnóstico o juicio previo; ello favorece la actitud no valorativa, ni judicativa o interferente, y la percepción distinta, clara e independiente, con toma de conciencia de la singularidad.

El rigor, en el estilo perceptivo, es mucho más importante cuando la estructura personal y el objeto contemplado son de difícil identificación, o caracterización sutil o no patente; es entonces cuando el observador debe tener especial respeto de la naturaleza del objeto o persona observadas, y cuidado para no caer en falsas explicaciones o interpretaciones de los mismos.

Para que los objetivos señalados se vuelvan posibles es condición necesaria crear oportunidades para que el paciente se exprese libremente, introduciendo lo propio en la comunicación y en su forma de manifestarla. Se vuelven probables cuando el terapeuta se relaciona con los pacientes dentro de un campo vincular de características netas, de fuerte estructura afectivo-ideológica (compromiso asistencial con marco referencial académico abierto) y débil estructura valorativa (contexto laxo, no maniqueísta y permisivo).

Las propuestas tradicionales respecto del desempeño con pacientes son restrictivas en cuanto controlan las manifestaciones humanas que demuestran afectos y compromiso personal desde el rol. La observación es que se limitan también de esa manera las manifestaciones personales espontáneas del paciente, más allá de las expresiones admitidas por el encuadre. La actitud neutra no es terapéuticamente útil en estas poblaciones, y es riesgosa por cuanto induce fenómenos indeseables y extremos, tales como la situación transferencial pura, en el que el depositario se constituye por completo en espejo proyectivo que refleja solo lo transferido sin posibilidades de revisión, y, la experiencia de carácter intransferencial, de cualidad vacía, tal vez peor, en la cual “no pasa nada” a nivel vincular y el paciente queda sin posibilidad de transferir contenidos siquiera momentáneamente, y aislado en el padecer.

El terapeuta en psicosis ha de comprender que el desempeño del rol debe estar a la altura de las circunstancias críticas existenciales de la persona portadora de esa patología, y comprometerse e involucrarse.

El paciente se encuentra habitualmente en situaciones límites, intolerables, de desorganización perdurable, y necesita compartir la experiencia extrema con alguien que se haga cargo de la dimensión de sufrimiento en forma proporcionada y frecuente. Tal cual sostienen, requieren de “acompañantes de vida” en el sentido de recibir atención adecuada y continuada acerca de las vivencias disfuncionales cotidianas, de los incidentes de angustia explosiva, confusional, en el curso de

episodios alucinatorios y de persecución para el caso del síndrome positivo, y, particularmente también, del estado de mal de angustia implosiva, en el contexto de objetivación del deterioro, con sensaciones tangibles y patentes de inexistencia, fracaso y nada, cuando prevalece el síndrome negativo en cualquiera de sus expresiones.
Ese referente ha de ser necesariamente alguien que además de involucrarse, se relacione mas allá de la cordialidad, con trasparencia y relativa facilidad para hacer viable el crédito y fácil su acceso.

¿Cómo ha de efectuarse el abordaje del síndrome negativo?

El desempeño ha de ser delicado, cauteloso, activo pero no invasivo, para motivar e iniciar la integración, debido a que estas personas tienen gran tendencia a la inercia y pasividad.
La primera intervención es humanista, de solidaridad, y se encuentra expresada en la actitud clínica que trasunta disponibilidad de responsabilidad para hacerse cargo de la difícil obligación de medios sin certeza de resultados.
El terapeuta ha de ser suficientemente expresivo del factor afectivo a través de si o de los recursos personales instrumentales auxiliares, para crear una perspectiva alternativa dentro del campo perceptivo vivencial del destinatario. Se logra de preferencia desde el bajo perfil, a través de la expresividad del aparato corporal y de comentarios focales jerarquizados en torno a las hipotéticas, presuntas u obvias situaciones humanas experimentadas.
Hay muchas formas de manifestar afecto para satisfacer la necesidad imperiosa de la demanda no expresada, y pocos terapeutas han comprendido la magnitud del valor terapéutico de la ternura en el contacto afectivo. Como en cualquier situación de duelo, por pérdida sustancial, resulta apropiada la aproximación solidaria, fraternal, con toma sostenida de sectores sociales del cuerpo, incluyendo expresiones apropiadas a la circunstancia habitualmente crítica de esa realidad.
En pacientes muy dañados, por medio del estímulo perceptivo se consigue modificar el nivel de conciencia. Debe considerarse que en general en estos estados no se tiene una noción subjetiva y acabada de sí mismo, y a veces ni siquiera la básica elemental en términos de entidad corporal, por lo que se perciben como objetos entre los demás en el ambiente; es imprescindible lograr esa objetivación-subjetiva primaria para promover la integración del psiquismo y posibilitar la relación interpersonal, que exige tener conciencia de si como ser subjetivo vinculado a otro ser subjetivo-objetivo.
La cualidad afectiva del trato que es un factor que devuelve la noción de ser subjetivo, se instituye a través de todas las manifestaciones comunicacionales del aparato corporal (la mirada, el gesto, la prosodia, el verbo, la actitud integral); dentro de la variedad de estímulos ofrecida el paciente obviamente selecciona los más adecuados a su momento, circunstancia y características particulares

individuales. Lo anotado apunta a revalorar la comunicación sensorio-perceptivo-vivencial en la relación asistencial con el paciente psicótico.
En el encuadre terapéutico dramático los hechos y circunstancias pasan a ser relevantes por las vivencias alternativas que determinan al ser compartidos en relación con otros; en el desarrollo de esa relación y como producto de la interacción el paciente mejora. Para lograrlo, como adelantamos, es necesario e imprescindible el compromiso afectivo universal entre los integrantes del grupo, y que el terapeuta organice las situaciones de modo tal que se posibilite la libre expresión a los protagonistas.
El ingrediente adicional de creatividad en el curso del ejercicio del rol intensifica los efectos terapéuticos, al superar el umbral de bloqueo funcional del cerebro. En la instancia eventual, sorpresiva y fuera de expectativa, el paciente que acusa el impacto, experimenta movilización de contenidos y reactividad, saliendo de la inercia, pasividad, y el casi inevitable corolario en cascada de desapego y extrañeza de sí mismo, mayor discordancia y consecuente impenetrabilidad; el reverberar intrapsíquico generado tiene por resultado una mayor cohesión e integración del psiquismo.
Es imprescindible dimensionar la magnitud de desolación y surrealismo existencial en el universo disociado para tener clara conciencia del estado del paciente y relacionarse con posibilidades reales de influir en él. Una vez logrado el caldeamiento técnico y profesional en materia de patología, el equipo ha de aproximarse al paciente teniendo en cuenta la mayor información posible acerca de su experiencia actual, naturaleza intrínseca básica, e historia personal psicosocial y familiar, para tener probabilidades de acierto al emitir mensajes, que deben ser adecuados a la capacidad de registrar de esa condición, y apropiados a los registros previos ya integrados de ese individuo. El camino cognitivo a recorrer ha de ser, de sus contenidos a nosotros, y luego de nosotros a su psiquismo, para que la comunicación sea pertinente y plausible; preservar la fidelidad veraz y no distorsionar la cualidad de los registros de sus experiencias es de fundamental importancia.
Desde la mera y fría abstracción del cuerpo teórico no se puede acceder a las variables desconocidas intrínsecas, apenas reveladas en las consideraciones subjetivas del relato anecdótico y en las manifestaciones afectivas profundas y ambiguas. De ahí la utilidad de la sensibilidad del recurso intuitivo vivencial, enmarcado por el método y la técnica psicoterapéutica, para la detección de información y orientación cognoscitiva durante el trabajo. En el procesamiento, elaboración y contrastación clínica de las hipótesis utilizamos de elección el método de tanteo por ensayo y error, entendiendo que es el que más se adecua a la complejidad e incertidumbre de la tarea; el método inductivo-deductivo aumenta el riesgo de incluir contaminación de contenidos no relacionados y de excluir variables intervinientes no anticipadas o poco evidentes, pero no por ello irrelevantes.

Valoramos lo grupal y comunitario en muchos aspectos, de acuerdo a lo expresado, pero además por su aporte sapiente, en razón de que en esa situación los pacientes proveen de conocimiento extraordinario acerca de la condición patológica; al compartir natural y espontáneamente desde diversos roles las experiencias comunes sui generis, activan el recuerdo de la fenomenología original y las vivencias protagónicas en el curso de las mismas. La posibilidad de una real comprensión del fenómeno psicótico incluyendo el componente afectivo, es una ardua tarea para el terapeuta, que a lo sumo logra circunstancial y relativamente aproximarse a la cualidad de estas vicisitudes ajenas. Los pacientes entre sí son los mejores investigadores de si mismos, porque comprenden mejor acerca de las experiencias de la enfermedad y su incidencia en el medio.
Tal cual se ha expresado entonces la tarea del terapeuta es de motivador y coordinador de grupos de autogestión terapéutica, tema que retomaremos más adelante.
Nos hemos referido a la actitud del terapeuta en estrecha vinculación a las aptitudes personales, mediatizadas por el método y la técnica.
Establecimos el marco en el que esa actitud permite tener una percepción más adecuada y ajustada a realidad de la persona portadora de la enfermedad, y en particular acerca de la necesidad de relacionarse de manera activa y comprometida, conscientes de las limitaciones del conocimiento académico y de la utilidad terapéutica de la apertura ideológica, necesaria para utilizar los aportes y recursos de aquellos que aún en su estado de enfermedad contribuyen con su riqueza natural y adquirida en la experiencia personal sana y patológica.
Asimismo fueron destacados los efectos del afecto y del compartir revivir experiencias en la restauración del psiquismo, y del reconocimiento del otro en el desarrollo individual de la persona, a partir y sin alteración de lo propio singular.

PROTOCOLO DE INTERVENCIONES EN EL SÍNDROME NEGATIVO

Psicoterapia de la disociación

La psicoterapia de la psicosis no se ajusta a ningún programa; nadie puede dar certeza a la teoría de su referencia con esta patología. No obstante el enigma y su laberinto epistemológico, el trabajo continuado, furtivo, condescendido con reparos por la cultura dominante, librado en directo y por fuera del presunto poderío académico en recintos del Hospital Psiquiátrico, casi como estrategia motivacional para la sobrevivencia del rol clínico, excedido en su competencia y forzado por el imperio de los hechos a atender esa realidad, sugiere el método siguiente en la orientación terapéutica del síndrome.
Se adjunta la documentación mínima necesaria del registro de la rutina clínica, en formato CD ROM, para ilustración y sostén de credibilidad del diseño expuesto.

Primer objetivo

Integración psicobiológica a nivel corporal sensorio motriz[21]

Se realiza mediante diversas operaciones pasivas consignadas de modo activo, a través de la percepción. Son aparentemente desempeños recreativos de exigencia menor, de naturaleza lúdica y dramática. Los factores claves que sostienen la efectividad de esa estrategia elemental, en los estados de inercia característicos de estos síndromes, consisten simplemente en la facilidad de su ejecución y la consecuente humanización al intercambio espontáneo con otras personas. Se trata técnicamente de una etapa preliminar de caldeamiento inespecífico, imprescindible, de duración variable y a veces muy prolongada en estas poblaciones con gran inercia. La movilización crea condiciones internas para la aparición de patrones de secuencias pragmáticas útiles.
A vía de ejemplo se documenta en el CD la etapa con un paciente prototípico (E.I. HC N° 7584 H. Musto). En ella se procede al caldeamiento del usuario consignándolo con el gesto y el tarareo, de acompañar a capella los sonidos musicales emitidos acerca de una canción de su elección espontánea, marcando perceptivamente los ritmos con el movimiento del cuerpo inicialmente, en la reconstrucción del esquema corporal psíquico, activando el homúnculo neural sucesivamente sector por sector en sentido céfalocaudal, y posteriormente con el autopalmeado del cuerpo, intenso, reiterado, y lo más abarcativo posible.
En esta etapa se pueden vislumbrar disposiciones naturales y atisbar roles residuales, que indican la existencia de un psiquismo potencialmente activo subyacente. Es sobre esos aspectos tópicos saludables observados emergentes que se focaliza el trabajo en la etapa siguiente, para restaurar la vigencia del capital genético útil y las adquisiciones acumuladas en torno a él; en el caso que ilustra se aprecia afinidad musical.

Segundo objetivo

Desarrollo del rol básico y creación de la obra

En esta etapa la labor se orienta a la actualización de las disposiciones biológicas mediante la estimulación específica reiterada, lo que permite el desarrollo del rol básico natural disponible y la creación de la obra, que es algo nuevo, concreto y particular.
El rol mencionado surge del capital individual del programa genético, aquel para el cual el individuo es naturalmente más apto; se encuentra preservado aún en situaciones patológicas de grave disfunción o deterioro. Es crucial porque una vez

identificado constituye un instrumento terapéutico en constante estado de disposición; sin embargo su desarrollo es una tarea minuciosa, que requiere dedicación y tenacidad, en contexto discrecional.
A los efectos específicos de actualización y desarrollo del rol, y para propiciar genéricamente la integración neuropsíquica se procede de acuerdo a lo expuesto en la denominada primera instancia de la "Noción de Taller", estimulando la creación por el paciente de una obra que lo objetive a sí mismo. El efecto terapéutico no resulta solo del reconocimiento final del individuo en la obra creada; lo esencial para lograr cohesión interna proviene del proceso de auto-objetivación subjetiva, a través la gran variedad de emociones y sentimientos experimentados en el curso del acto de crear, verdadera reparación artesanal y "opus fundamental", compuesta de innumerables instancias vivénciales, íntimas, no necesariamente identificables, conscientes o verbalizables.
En el caso del ejemplo se devela la existencia de talento y rol básico musicales, antes denegados, con los cuales crea la obra: ejecución y composición musical personal en el nivel de capacitación real al momento.

Tercer objetivo

Integración grupal indirecta a través del rol y la obra

Al lograr el nivel anterior de integración neuropsíquica el paciente se encuentra posibilitado de crear situaciones relacionales indirectas desde el rol básico, y a través de la obra creada.
En esta etapa se jerarquizan los fenómenos interaccionales en torno al rol básico y la obra, para dar lugar al rol social.
De acuerdo a lo expuesto en la denominada segunda instancia de la "Noción de Taller "los pacientes pasan de la auto-objetivación a la hetero-objetivación, dado que el rol básico y la obra actúan como intermediarios entre ellos, su propia objetivación y la de los demás; el resultado de este refuerzo identificatorio es que se objetivan de un modo mas completo.

En el caso que ilustra (E.I. HC N° 7584) se aprecia claramente la utilidad del rol y su producto como instrumentos facilitadores de la relación social, y el efecto emergente de integración grupal resultante. Se vislumbra como el compartir pone en marcha secuencias dramáticas, en las que espontáneamente se integran de hecho, adicionalmente, no ya a sí mismos sino al grupo; en el curso de los fenómenos aparecen indicios de socialización que se constituyen plenamente en la etapa siguiente.

Cuarto objetivo

Integración grupal directa interpersonal[22]

En esta etapa los pacientes establecen relaciones interpersonales directas en el grupo sin valerse del rol básico ni de la obra creada como intermediarios; no los necesitan para objetivarse a sí mismos, los demás y la situación.
De lograrse este objetivo el síndrome negativo desaparece: en tanto se mantienen neuropsicológicamente integrados y caldeados en el rol social, se convierten funcionalmente en personas comunes.
Los pacientes denominan ocasional y familiarmente a esta última instancia "peña", como sinónimo de "tertulia en círculo de amigos", en razón de la intensidad de la actividad social y el trámite de confraternidad lúdica.
Al reparar la brecha de la red social (desalienación) dejan de ser patología en términos de discordancia y disociación, y se acercan más a los patrones originales de su conducta, con manifestaciones progresivas instrumentales de los rasgos típicos predominantes de la personalidad.
Una vez alcanzada la meta fundamental se puede decir, en términos de proporciones, que el resto de las dificultades son detalles no trascendentales. Más allá de los síntomas y signos residuales del síndrome negativo, logran un moderar la inercia, nueva condición para poder avanzar, consolidar la rehabilitación, y dirigir la atención asistencial hacia el síndrome positivo, que no siempre aparece.
En el caso del ejemplo (E.I. HC N° 7584) la contrastación queda documentada en el estudio comparado entre la historia clínica prototípica que se adjunta, y la evolución registrada.

MANIFIESTO IDEOLÓGICO CIENTIFICO PROFESIONAL

¿Cuáles son los motivos que llevan a exponer los presentes conceptos preliminares, acerca de la línea de investigación "Metodología en la Psicoterapia de la Psicosis"[1], luego de un trabajo teórico y práctico altamente específicos durante cinco años? (1981-1986)

Comprende el comunicar los conocimientos adquiridos, exponerlos a confrontación, discernir aciertos de errores, y verificar o refutar los desarrollos en teoría y técnica. Estas instancias -genéricas a toda tarea científica- son necesarias para seguir avanzando en la identificación del método clínico adecuado, sin ignorar obviamente que todo conocimiento en ciencias fácticas es falible y por lo tanto provisorio. Se requiere obtener orientación y rumbo entre las diversas posibilidades ofrecidas por el modelo empírico, ex profeso abierto, desformalizado, libre de guiones excluyentes y finalidades alternativas a las de hacerse cargo real de la patología.

Pero también plantear algunos presupuestos ideológicos básicos, que sustentan el método, su teoría y técnica, de praxis documentada, y dan lugar a una propuesta alternativa en la programación de la asistencia psicoterapéutica de la psicosis, a saber:

1. La idea fundamental de referencia constante durante la aplicación del método, es que el proceder clínico en el desempeño de los roles terapéuticos del equipo de asistencia ha de estar particularmente imbuido de algunos conceptos derivados de la noción social de Comunidad.
2. Lo definimos así porque trabajamos integrando el equipo de asistencia con el cuerpo técnico profesional y los pacientes. El método clínico identificado es un modo de proceder “al lado” de los pacientes como equipo, y “con” los pacientes en equipo.
3. Se trabaja en pequeños grupos, propiciando tanto la extensión del trabajo terapéutico hacia la comunidad social propia de cada individuo, como también la colaboración de la comunidad en el trabajo terapéutico.
4. En términos técnicos, adicionalmente al tratamiento psicoterapéutico antipsicótico específico para los pacientes, se realizan tareas de Extensión Terapéutica y Psicoeducación Comunitaria. Se trabaja en la oportunidad que se presenta, de acuerdo a circunstancia concurrente y situación patológica, con familiares (padres, hermanos, cónyuges, etc.), allegados y recursos personales ciudadanos, para fomentar pautas de comportamiento solidario en la comunidad. Se desarrolla con ellos, a través de acciones participativas, el aprendizaje y la instrucción sobre los patrones de disfunción patológicos y su incidencia en la interacción, para que como personas adapten su propio sistema de comunicación a la peculiaridad de los modelos disfuncionales, de acuerdo al grupo de referencia y pertenencia de extracción sociocultural. Se utilizan los recursos de la comunidad familiar y social, entendiendo que sus integrantes adquieren relevancia fundamental en el proceso evolutivo de la patología, por la alta frecuencia de intervenciones que tienen en la continuidad de la convivencia cotidiana; tal vez el impacto total en la recuperación y rehabilitación sea mayor que

el del equipo terapéutico, con quienes entran en contacto solo unas pocas horas semanales.

5. Convocamos la autogestión asistencial dentro del marco de la organización técnico profesional y la eventual cogestión de coordinación establecida. Más allá del efecto psicoterapéutico consignado, en relación a la ayuda recíproca por comunión de vivencias psicóticas, interesa destacar el derivado de las instancias gregarias del proceso terapéutico, que bosquejan una subcultura específica de características sui generis. Hemos observado que para las personas portadoras de esquizofrenia, el grupo de referencia y pertenencia de mayor valoración, una vez experimentada la comunicación y solidaridad entre sí, lo constituyen ellos mismos. Resulta crucial la consolidación de la identidad social del grupo para la defensa de intereses y derechos civiles propios de clase minoritaria.
6. La autogestión y cogestión se encuentran acotadas por la entidad de la patología. Las disfunciones que padecen estas personas originan dificultades para sostener la autonomía y vincularse de acuerdo a significados compartibles. Experimentan circunstancialmente y a veces durante períodos prolongados alteraciones cognitivo ejecutivas y del criterio de realidad. Estas características son determinantes de discapacidad gregaria, con imposibilidad de conservar vínculos personales perdurables por propia iniciativa, y mantener relaciones grupales cohesionadas entre sí durante mucho tiempo. La coordinación ajena técnico profesional es imprescindible; se fundamenta en razones de necesidad y dependencia útil. La pertinencia de ese desempeño a su vez queda comprendida dentro de los límites de psicohigiene del rol técnico profesional. La pluralidad de coordinación y el liderazgo variable en ese desempeño, crean pausas alternativas en la intervención terapéutica que amortiguan providencialmente el desempeño irreflexivo técnico profesional, riesgo casi inevitable e inherente al proceso de alta tensión, derivado de la emergencia de contenidos psicológicos de entidad mayor, a expresión sintomática o comportamental.
7. Mas allá del ámbito psicoterapéutico, existe el entorno social común y el propio del paciente, inevitables. La recuperación y rehabilitación son procesos prolongados y se constituyen en capítulos decenales de la vida de los pacientes. Recurrir a internaciones prolongadas, en súper-estructuras sociales o institucionales de sobreprotección, no resulta apropiado durante el transcurso de la convalecencia en la recuperación y la época de rehabilitación. Tiene más sentido trabajar de continuo en régimen ambulatorio con la referencia omnipresente del grupo de pertenencia y medio social, para cultivarlos y atenuar la aversión, fortalecer o hallar los vínculos en la misma. Se aprovechan, por otra parte, los recursos terapéuticos naturales, espontáneos o potenciales de la familia y sociedad, al tener oportunidad de incidir en ellos.

8. Consideramos la utilidad y pertinencia político-institucional de creación de una Estructura Sanitaria alternativa a la existente, para la asistencia psicoterapéutica de la psicosis, sostenida mayoritariamente por la Solidaridad Comunitaria.

Fundamento de la Estructura Terapéutica Comunitaria

"Situación de desastre vs. Solidaridad Comunitaria"

La asistencia de estos pacientes se prolonga indefinidamente en el tiempo y a veces durante toda la vida; resulta consecuentemente muy onerosa.

¿Cuál es la respuesta Institucional habitual a este tipo de problema?

Se programa la Estructura de Salud tradicional, de gran presupuesto, a efectos de que diferentes niveles de complejidad asistencial, rindan cuenta a través de múltiples equipos y en discontinuidad, de las necesidades asistenciales que la población específica requiere, con motivo de las situaciones patológicas críticas extremas que padecen.

A largo plazo los costos de esa asistencia insuficiente se convierten en una enorme carga y esfuerzo económico social, de lo cual deriva por restricciones su tendencia al deterioro.

En la búsqueda del método clínico adecuado para la recuperación y rehabilitación de personas portadoras de patología mayor hemos encontrado una respuesta alternativa, efectiva, no ominosa, de diseño altruista y realista en un sentido restringido de la expresión, en materia de provisión de recursos y objetivos terapéuticos.

Se trata de crear un eco-sistema comunitario, con participación de recursos de múltiple fuente, donde el paciente según su condición dinámica de salud-enfermedad, estará circunstancial y respectivamente, integrando el equipo terapéutico como coordinador, o como paciente en el grupo, y a su vez también, respaldando ese proceso con su aporte, otros representantes de la comunidad en oportunidades concurrentes.

Esa Estructura Sanitaria Comunitaria, sin presupuesto, posibilita –de acuerdo a experiencia real, no ilusoria– la asistencia continua no onerosa, evitando los males mayores de la marginación asistencial, ligados a magros presupuestos y compromisos humanos, consistentes en exclusión, discontinuidad de las intervenciones, y atención reservada a situaciones críticas.

Advertimos explícitamente a los miembros de la Institución Psiquiátrica acerca de la necesidad de efectuar una interpretación adecuada de la propuesta, emergente de la realidad de la asistencia pública y de las condiciones de pauperización socio-económica en que se encuentra inmersa su población.

Las condiciones actuales de marginalidad asistencial de la patología mayor solo podrán ser resueltas a través de la aplicación de programas evolucionados y

viables, que efectivicen desarrollos científicos y humanistas, siempre y cuando puedan ser costeados ética y económicamente por la sociedad.
Un Sistema de Salud consistente no puede desconocer las variables que sabotean su concreción. Los métodos terapéuticos han de adecuarse a la Sociedad en la que se trabaja, porque de ella han de obtenerse los recursos instrumentales y económicos.
¿Cuáles de estos recursos se encuentran disponibles en los países sub-desarrollados?
América Latina sigue siendo un lugar en el mundo donde las personas son capaces de asumir un compromiso solidario con sus semejantes.
En el campo de lo humano, las experiencias comunes y las dificultades compartidas, crean un particular sentido de solidaridad. Debidamente conducida esa fuerza social puede convertirse en un recurso eficaz de promoción de salud remanente, y también terapéutico para la recuperación y rehabilitación. Resulta providencial el compartir solidariamente la situación de habitual marginalidad, con las dificultades de la pobreza y las de ser atípico o anómalo; la importante dosis de afectividad que contiene crea condiciones favorables para la aplicación del programa de asistencia integral y alcanzar mas fácilmente la mejoría.
El concepto de Estructura Sanitaria Comunitaria expuesto, fue modelado a partir del trabajo experimental en el Taller de Autogestión Terapéutica, lugar de atención de una población específica de personas afectadas de psicosis en Servicios de Salud Pública del Estado.
En esa materia y escenarios es obligatorio trabajar con encuadres que demuestren ser efectivos, y adecuados a la realidad específica, de modo que brinden satisfacción a las necesidades primordiales de los pacientes y su grupo familiar.
La propuesta es la de crear Comunidades Terapéuticas funcionales, ambulatorias, de asistencia mutua recíproca, con referencia al particular entorno socio-económico y cultural, y la necesaria ductilidad técnico profesional de admitir como terapéuticos los recursos que los propios pacientes proporcionan y la comunidad puede aportar.
Es de consenso que la creatividad atenta y exigente en el ejercicio terapéutico, de las más diversas orientaciones, transforma la evolución de la patología.
Para el caso que logremos sumar esfuerzos, desde diferentes perspectivas, subdesarrollo y pobreza ya no serán sinónimos de fracaso, sino de dificultades a resolver.
En el trabajo expuesto se plantea operar con un método y programa específicos para la terapéutica de personas afectadas de síndrome negativo que cumplan con los criterios diagnósticos para la categoría de esquizofrenia.

REFERENCIAS

1. Macadar, Omar
   Comisión de Investigación Científica, UDELAR, Facultad de Medicina, Sección Comisiones, Repartido impreso del 13 de febrero de 1986 dirigido al Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica Dr. Enrique Probst.

2. Martinez Tehaldo, R. Psicoterapia Institucional
   En: Avances terapéuticos en Psiquiatría: 203-216
   Editado: H. Puppo Touriz y A. Bianchi Saus. Montevideo, 1985

3. Subprograma de Rehabilitación. Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), 1986.

4. Moreno, J.L. Psicoterapia de grupo y psicodrama. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1966.

5. Moreno, J.L. Psicodrama. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1978.

6. Rojas Bermúdez, J. El núcleo del Yo. Editorial Genitor. Buenos Aires, 1977.

7. Rojas Bermúdez, J. ¿Qué es el Psicodrama?. Editorial Celcius, Buenos Aires, 1984.

8. Orrego Bonavita, M. El objeto intermediario en la psicosis. Presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Psicodrama, Montevideo, noviembre de 1981. En: Registro de video; Asociación Uruguaya de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo (AUPPG).

9. Orrego Bonavita, M. Aportes del Psicodrama al tratamiento de la psicosis. Presentado en el III Congreso Uruguayo de Psiquiatría, Montevideo, noviembre de 1983. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 49 (289): 96-101, 1984.

10. Orrego Bonavita, M. Observaciones acerca del efecto de los recursos dramáticos en la rehabilitación de personas afectadas de esquizofrenia. Presentado en el VI Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, Montevideo, octubre de 1984.

11. Orrego Bonavita, M. Bases neuropsicofisiológicas del Psicodrama. Presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Psicodrama, Montevideo, noviembre de 1984. En: Registro de video; Asociación Uruguaya de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo (AUPPG).

12. Orrego Bonavita, M. Especialización funcional hemisférica y competencia geométrica. Presentado en el V Congreso Latinoamericano de Psicodrama. Buenos Aires, octubre de 1984 En: Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 54 (315): 17-31, 1989.

13. Orrego Bonavita, M. Teoría, método, técnicas generales y terapéuticas del Psicodrama aplicadas a las depresiones mayores, Vol. 50 (297-300): 232-261, 1985.

14. HORKHEIMER, Max. "Critica de la Razón Instrumental".
Editorial Sur, Buenos Aires, Pág. 184, 1973

15. FEYERABEND, Paul. "¿Por qué no Platón?"
Editorial Tecnos, Madrid, Págs. (a) 113, (b) 49, (c) 47. 1985.

16. FEYERABEND, Paul. "Against method: outline of an anarchistic theory of knowledge".
Editorial New Left Books, Londres, Pág. 295-296 (subrayado en el original), 1975.

17. KUHN. "The structure of scientific revolutions".
Editorial University of Chicago press, Chicago, Pág. 94, 1970.

18. LAKATOS, Imre. "History of Science and its Rational Reconstructions".
En: Boston Studies in the philosophy of Science vol. VIII.
Editorial Reidel Pub., Pág. 127, 1971.

19. Declaración de Hawai II. Aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Viena, Austria, junio de 1983.

20. Vernon, MD. La relación de la motivación y la emoción con la percepción. En: Psicología de la percepción. Editorial Horme, Psicología de hoy, Pág. 205, 1967.

21. Reed, K.L. y Sanderson, S.R. Concepts of Occupational Therapy. Editorial Williams & Wilkins. Baltimore / London. Pág. 17, 1983.

22. Macdonald, E. M. Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación. Editorial Salvat, 2da. Edición española, Pág. 303, 1979.

APÉNDICE

REHABILITACIÓN
UN MODELO TERAPÉUTICO INTEGRAL
(26/11/03)

Propuesta de puesta al día del Capítulo de Rehabilitación Psicosocial del Programa Nacional de Salud Mental

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS): Rehabilitación psicosocial; Esquizofrenia, recursos terapéuticos integrales; Salud Mental, niveles asistenciales.

RESUMEN

Se define la Rehabilitación en los Trastornos Mentales Severos y Persistentes como un modelo terapéutico integral aplicable en las diferentes etapas del abordaje de las personas.

En los medios académicos tiene una concepción ampliada y otra restringida, que es la habitualmente utilizada en los planes nacionales de salud mental. Siempre tiene como meta la mejoría en la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad y consta de una estrategia específica sustentada en el paradigma bio-psico-social y cultural. Los objetivos operativos son muy variados y se organizan en distintos niveles de complejidad, acompasando el momento evolutivo del paciente y su cuadro clínico. Estos objetivos se agrupan en biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y requieren de una figura de referencia que asegure la continuidad del proceso. Existe un marco regulatorio de su desempeño dirigido por la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (Ley 11.139, 1948) integrada por el Ministerio de Salud Pública, la Universidad de la República, Inspector General de Psicópatas, las Sociedades Científicas, y la Comunidad. Se aspira a que la docencia y la investigación en Rehabilitación tengan programas con diseño explícito y evaluación sistemática.

DEFINICION:

La Rehabilitación es un modelo terapéutico integral ("intensivo y extensivo"), basado en el paradigma bio-psico-social y cultural, que tiene como meta la mejoría en la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad; mediante el desarrollo de objetivos específicos y de prevención primaria, secundaria y terciaria, dirigidos a los pacientes con trastornos mentales severos.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS:

La Rehabilitación es así un modelo aplicable a todos los trastornos mentales, con adecuación de su nivel de complejidad a cada problemática en particular y a su momento evolutivo. Existe un eje transversal nosográfico que se ocupa de quienes son los pacientes destinatarios; y un eje longitudinal temporal, que se ocupa de la etapa evolutiva del proceso (acciones en prevención primaria, secundaria y terciaria).

Actualmente es usada como herramienta terapéutica integral en todas las patologías psiquiátricas, con mayor desarrollo en los trastornos mentales severos y persistentes, que determinan discapacidades de diferente tipo en el individuo y con variado e importante impacto en el entorno.

Tradicionalmente se la utiliza con especial énfasis en aquellos pacientes que han cambiado su modo de "ser-en-el-mundo", ya sea desde una perspectiva subjetiva como en sus desempeños familiares y sociolaborales. La perspectiva subjetiva es un aporte enriquecedor, al no limitar la rehabilitación sólo a los desempeños objetivos del paciente interactuando con el mundo, sino también a la percepción que él tiene de sus propias vivencias y sus cambios.

De esta forma se cumple con el paradigma bio-sico-social y cultural sobre el que se sustenta el proceso de Rehabilitación.

OBJETIVOS OPERATIVOS:

La instrumentación de los objetivos operativos que permiten realizar la estrategia en rehabilitación se logra con diferentes niveles de complejidad en las distintas instancias.

Esta variedad que aumenta la oferta asistencial, se integra con:

- **Objetivos Biológicos** – Apunta al uso racional de estos recursos (farmacoterapia, electroconvulsoterapia u otros, de acuerdo con los avances científicos), los que deben estar disponibles durante todo el proceso. Esto incluye el aporte de otras líneas terapéuticas como Psicomotricidad, Fisioterapia, Nutrición, Terapia ocupacional, etc., a integrar en la prevención secundaria y terciaria.

- **Objetivos Psicoterapéuticos** – Incluyen una amplia gama de abordajes desde la continentación e intervenciones focalizadas a tratamientos psicoterapeúticos a largo plazo. Los marcos referenciales teóricos son variados cubriendo una amplia gama que incluye: encuadres cognitivos conductuales, psicoanalíticos, psicodramáticos, sistémicos y de terapia ocupacional, entre otros.

- **Objetivos Sociales y Culturales**– Incluyen también un amplio espectro de actividades:

✓ CULTURALES: Se cumplen a través del despliegue de talleres, actividades académicas y universitarias, en interacción con otras instancias culturales y recreativas. Todas ellas tienden a integrar el individuo y su familia a la red socio-cultural. Se favorecerá la implementación de programas de educación física y deportiva adecuados al género, grupo etario y nivel del proceso en que se encuentra.

✓ PSICOEDUCACION: Es un instrumento a ser utilizado a nivel:
- Individual
- Familiar
- Comunitario (Salud Pública)
- Específico, en la formación continua de recursos humanos en Salud Mental.

✓ NEOINSERCION Y REINSERCIÓN:
- Proyectos de vida adecuados a la potencialidad individual y familiar, buscando una adaptación crítica y creativa a la sociedad y la cultura.
- Disminución de la “sobrealienación”, trabajando con la Comunidad sobre el estigma y la discriminación social.
- Uso satisfactorio del tiempo libre.

✓ ACCIONES CON LA PERSONA Y SU FAMILIA:
- Información y esclarecimiento.
- Consentimiento informado (cuando la persona en tratamiento está incapacitada para consentir).
- Contención.
- Grupos de autoayuda.
- Intervenciones psicoterapeúticas.

✓ POLÍTICAS SOCIALES:

- Mejora de los sistemas de Previsión Social.
- Promoción de acciones legales que aseguren la protección de los Derechos Humanos, Civiles, y Laborales (Ley 16.095).
- Desarrollo de empleos protegidos y/o subvencionados.
- Programas en el medio específico, tendientes a desarrollar conductas de responsabilidad, participación y compromiso comunitarios.

Para lograr la mayor efectividad y eficiencia en este proceso "intensivo y extensivo" se requiere:
- Incentivar la continuidad de las distintas instancias y niveles de complejidad
- Articular y complementar la red sanitaria y social.
- Adecuar sistemas de registro con una hoja única de referencia y contrarreferencia de usuarios.
- Integrar adecuadamente los equipos multidisciplinarios.
- Determinar la figura de referencia que asegure la indicación y continuidad del proceso; en las actuales condiciones técnicas y normativas, este rol recae en el médico psiquiatra tratante del caso.

NORMATIZACION

Es necesario consolidar y desarrollar la normativa vigente que impulsa el desempeño específico en rehabilitación, garantizando la más alta eficacia y eficiencia para cada paciente en consonancia con los recursos del medio.

La responsabilidad de esta normativa y su cumplimiento corresponde a la C.H.P.P. (Comisión Honoraria del Patronato de Psicópatas, Ley 11.139, 1948), organismo de integración múltiple que tiene entre sus cometidos "proponer al M.S.P. y por su intermedio a los demás organismos públicos" las medidas que considere convenientes a estos efectos.

INVESTIGACION

Se fomentará la implementación e implantación de programas de investigación en las distintas áreas relacionadas: organización de los servicios, recursos terapéuticos utilizados, impacto personal, familiar, social y comunitario, etc. Para ello será fundamental la integración coordinada de programas estatales, universitarios, de las sociedades científicas y otras organizaciones vinculadas.

EVALUACIÓN

Toda la estrategia de rehabilitación debe ser evaluada en forma sistemática y explícita, a los efectos de revisar periódicamente los planes vigentes.

Los criterios de evaluación serán establecidos de acuerdo con referentes nacionales e internacionales.

FORMACION CONTINUA DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS

Deben incorporarse programas universitarios de formación en recursos humanos para el área específica de rehabilitación en salud mental.

Materiales tomados en cuenta:

- **Seminarios de la Comisión Intercentros, en la que participaron:**
- **Centro Diurno de Hospital Vilardebó; Ceroni, Claudia; Franco, Graciela**
- **Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica; Curbelo, Osmio; Martínez Tehaldo, Roberto; Quijano, Dinorah.**
- **Centro Psicosocial Sur-Palermo; Del Castillo, Renée; Paladino, Fernando; Pardo, Vicente.**
- **Centro Sayago; Romano, Sandra.**
- **C.I.P.RE.S.; Ginés, Angel; Palleiro, Eva; Fernández, Beatriz.**
- **Taller de Percepción y Autogestión Terapéutica: Orrego, Mario.**

- **Estado de Consenso sobre Rehabilitación de Personas con Desórdenes Mentales, del Grupo de Trabajo sobre Rehabilitación Psiquiátrica de la Asociación Mundial de Psiquiatría.**

- **Publicaciones del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica**

  Coordinación: Dr. Osmio Curbelo (Director del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica)

  Recopilación: Profesora Agregada Eva Palleiro

BIBLIOGRAFÍA

- A.M.P. Declaración de Consenso sobre Rehabilitación de las Personas afectadas de Trastornos Mentales
- ARDUINO, M.; PORCIÚNCULA, H.; GINÉS, A.- La reforma psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay. En: Rev. Psiquiatría del Uruguay 64 (2):302-316, 2000.
- BLASI, R.- La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat, Vol. 1 (4-5-6): 11-12, 2000.
- CERONI, Claudia.- Rehabilitación: Un Modelo de Asistencia Integral para Pacientes con Trastornos Mentales Severos. Presentado en las Jornadas Académicas del Hospital de Clínicas (2001), y en las Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica (2001).
- CURBELO, Osmio.- Rehabilitación Psicosocial del Paciente Esquizofrénico. Presentado en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 27 de junio de 2003.
- FARKAS, M.; GAGNE, Ch.; ANTHONY, W.A.- Recovery and Rehabilitation: A paradigm for the new Millenium.- En: La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat, Vol. 1 (1): 22-26, 1996.

- FERNÁNDEZ CASTRILLO, Beatriz.- “La historia de vida en el relato de su protagonista”; El cuerpo en el Psicoanálisis, diálogos con la biología y la cultura; Edición de la Comisión de Publicaciones de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay - APU , Tomo I, pág. 370, mayo 2002
- GABBARD, Glend O.; “Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica”, Editorial Médica PANAMERICANA, 3ª edición, Bs. As. , julio 2002.
- GINÉS, A.- En: Ley Nº 9581 de Asistencia de Psicópatas, Laboratorio Gautier, 1999.
- GINÉS, A.- Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria Psiquiatría. Rev. Psiquiatría Uruguay Vol. 63 (1): 27-43, 1999.
- MARTÍNEZ TEHALDO, R.- ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Por qué? Rehabilitar. Cuadernos de Rehabilitación, Nº 1: 5-20, 1990.
- MARTÍNEZ TEHALDO, R.- Creación, Evolución y Funcionamiento de una Institución de Rehabilitación Psíquica Extra-Hospitalaria. Cuadernos de Rehabilitación, Nº 3: 11-30, 1992.
- OPS – Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Editores: R. González Uzcátegui e I. Levav, 1991.
- ORREGO, Mario.- Taller de Autogestión Terapéutica. Jornadas de Rehabilitación sobre Salud Mental, 30 y 31 de mayo de 1986. Hospital Musto. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. En prensa: Asociación Uruguaya de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo.
- ORREGO, Mario.- "El impacto de la percepción propiamente dicha". Revista de la Sociedad de Psiquiatria del Uruguay. Vol. 54 (316): 93-103, 1989.
- PALLEIRO, E.- Alternativas técnicas y observaciones psicopatológicas en las psicosis, 4º Congreso Uruguayo de Psiquiatría, 1er. Premio Nacional Psiq. 1995. Rev Psiquiatría Uruguay, 1996.
- PARDO V., Curbelo O., del Castillo R., Grunbaum S., Regazzoni E., Kaplan M.- Evaluación retrospectiva del Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para Adultos. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 2002.
- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Comisión de Salud Mental.- Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambios. Rev. Psiquiatría del Uruguay, 51: 1-16, 1986.