

*Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 5(2), julio-diciembre 2024, pp. 86-106.  
ISSN: 2730-4833 (papel), 2730-4957 (en línea). DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/5.2.6.

# BALANCE Y PERSPECTIVAS. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS URUGUAYAS Y PSICOANÁLISIS

*BALANCE AND PERSPECTIVES: URUGUAYAN  
THERAPEUTIC COMMUNITIES AND PSYCHOANALYSIS*

*BALANÇO E PERSPECTIVAS. COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS URUGUAIAS E PSICANÁLISE*

**Eliseo Miguel González Regadas**

Castalia. Sociedad para el estudio psicoanalítico de los procesos colectivos  
Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: eliseogon@gmail.com

ORCID: 0000 0002 6032 2875

Recibido: 15/3/2024

Submitted: 15 March 2024

Recebido: 15/3/2024

Aceptado: 6/8/2024

Accepted: 6 August 2024

Aceite: 6/8/2024

**Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo**

GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2024). Balance y perspectivas. Comunidades terapéuticas uruguayas y psicoanálisis. Balance y perspectivas. Comunidades terapéuticas uruguayas y psicoanálisis. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 5(2), 86-106.

DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/5.2.6.

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

## Resumen

Este artículo examina la aparición de las comunidades terapéuticas en Uruguay y las contextualiza en el marco sociohistórico y cultural en el que surgieron como dispositivos asistenciales. Analiza su evolución a lo largo del tiempo y destaca los momentos más significativos. Pone énfasis en la singularidad de estas comunidades y en su carácter alternativo a las modalidades asistenciales tradicionales. Además, explora sus vínculos con el psicoanálisis y el papel de ciertas propuestas psicoanalíticas en el proceso de tratamiento que desarrollan.

**Palabras clave:** comunidad terapéutica, historia, psicoanálisis.

---

## Abstract

This article examines the emergence of therapeutic communities in Uruguay, contextualizing them within the sociohistorical and cultural framework in which they arose as caregiving devices. It analyzes their evolution over time, highlighting the most significant moments. It emphasizes the uniqueness of these communities and their alternative character to traditional care modalities. Furthermore, it explores their links with psychoanalysis and the role of certain psychoanalytic approaches in the treatment process they develop.

**Keywords:** therapeutic community, history, psychoanalysis.

---

## Resumo

Este artigo analisa o surgimento das comunidades terapêuticas no Uruguai e as contextualiza no quadro social, histórico e cultural em que apareceram como dispositivos assistenciais. Analisa sua evolução ao longo do tempo e destaca os momentos mais significativos. Enfatiza a singularidade dessas comunidades e seu caráter alternativo às modalidades assistenciais tradicionais. Além disso, explora seus vínculos com a psicanálise e o papel de certas propostas psicanalíticas no processo de tratamento que desenvolvem.

**Palavras-chave:** comunidade terapêutica, história, psicanálise.

## PROPÓSITO Y LÍMITES DEL ARTÍCULO<sup>1</sup>

Este artículo traza el recorrido histórico de las comunidades terapéuticas en Uruguay, explorando los momentos clave que han moldeado su desarrollo e impacto a lo largo de las últimas cuatro décadas, así como los cambios ocurridos. Hasta ahora —que sepamos— no se han efectuado estudios multicéntricos ni comparativos mediante controles al azar (RCT, por su nombre en inglés) acerca de resultados o procesos que proporcionen evidencias sobre la efectividad de su abordaje. Sin embargo, existen estudios disponibles de otros lugares geográficos, como las revisiones de 2009 de la Biblioteca Cochrane (Cochrane, 2024), los reportes periódicos del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos de Norteamérica (NIDA, por su nombre en inglés) o bien las publicaciones de evaluaciones patrocinadas por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud (2008).

Explícitamente, y por razones de espacio, no profundizaremos en el contenido de los programas de rehabilitación psicosocial, sus matices o fundamentos teórico-clínicos, ya que estos aspectos están ampliamente desarrollados en otros textos en español (De León, 2004; García Badaracco, 1990; González Regadas, 2001; Grimson, 1972, 1983; Yaría, 1988).

Este número de la revista *Equinoccio*, dedicado a las relaciones yo-otro-mundo, nos invita a examinar las comunidades terapéuticas desde la perspectiva del psicoanálisis de los procesos colectivos. Dichas comunidades se proponen articular estas dimensiones aludidas en la convocatoria editorial: lo singular, lo familiar, lo grupal/institucional; todo esto en un contexto local e histórico-cultural, para así dar cuenta del proceso que allí se desarrolla.

---

<sup>1</sup> La editora Laura de Souza aprobó este artículo.

Cuando decimos *comunidades terapéuticas*, mentamos un dispositivo —residencial o diurno— donde personas que tienen problemáticas compartidas buscan modificarlas a través de un programa de actividades grupales. Los usuarios participan activamente durante todo el proceso, con el objetivo central de reinsertarse en la sociedad de un modo diferente, alternativo, al que traían cuando llegaron a la institución. Lo compartido son sus dificultades para estar en la sociedad, en una familia y en el mundo del trabajo o el estudio, debido a fragilidades específicas que los marginan y, eventualmente, también los estigmatizan. La realidad cotidiana consensuada y compartida está alterada, ya sea por el uso compulsivo de sustancias o porque era tan intolerable que construyeron otra paralela con lógicas muy diferentes a las de la mayoría.

Las familias y las personas significativas afectivamente, cuando están disponibles, son parte integral del trabajo realizado en el marco institucional (Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas, 2001). Por otra parte, el psicoanálisis al que aludimos es *sin diván y sin sillón* (Racamier, 1970) y demanda ser pensado, desde esta perspectiva, para dar cuenta de su singularidad. De ahí su marginalidad dentro del propio psicoanálisis. Desde nuestra óptica, estamos ante un dispositivo institucional<sup>2</sup> con características propias que requiere ser teorizado para dar cuenta de una clínica y técnicas especiales, que buscan alcanzar un objetivo de inserción social para los asistidos y sus familias.

Actualmente, en Uruguay, la mayoría de las comunidades terapéuticas se enfocan en el tratamiento de adicciones y muy pocas abordan trastornos psiquiátricos. Solo dos se abocan a los llamados *trastornos duales* y atienden tanto adicciones como trastornos psiquiátricos.

---

**2** Son instituciones que asisten a personas con problemáticas complejas (neurosis graves, adicciones, casos fronterizos o psicosis, hablando desde la psiquiatría).

## COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: OTROS LUGARES, OTROS TIEMPOS

1

Las primeras instituciones de este tipo vinculadas al psicoanálisis fueron la Clínica de Schloss Tegel (Simmel, 1929), en Berlín, durante la República de Weimar, y la Sala de H. S. Sullivan, en el Hospital Sheppard-Pratt de Maryland (Wake, 2018). Durante la Segunda Guerra Mundial, los experimentos en/con grupos de Bion en el Hospital de Northfield (Harrison, 2000) llevaron en la posguerra a replicar este modelo de trabajo en diferentes hospitales británicos.

A nivel internacional podemos ver cómo han evolucionado las comunidades terapéuticas tanto en Europa (Read et al., 2007; Whiteley, 2004) como en Estados Unidos (Broekaert et al., 2000); y a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (2008). En Argentina, Pichon-Rivière (1970) y sus discípulos trabajaron con grupos operativos en marcos institucionales y dieron cuenta de una perspectiva distinta de la CT, pero con ciertas afinidades. El surgimiento de este tipo de instituciones, así como las fertilizaciones cruzadas que ocurrieron a un lado y otro del Río de la Plata, ocurrieron en el clima propio del mundo psi de la época, abonado para gestar modelos alternativos a los propuestos por la psiquiatría tradicional, cuya insuficiencia y unilateralidad eran patentes.

En los años setenta, Argentina vivió el *boom* de las comunidades terapéuticas en un contexto de reformas a la salud mental. Es así que aparecieron hospitales psiquiátricos como Lanús, Esteves (Lomas de Zamora) y Roballos (Paraná, Entre Ríos). En Buenos Aires, numerosas clínicas privadas dirigidas por psicoanalistas prestigiosos (como García Badaracco, Grimson, Yaría y Kalina, entre otros) adhirieron al modelo de comunidades terapéuticas para atender a personas con trastornos psiquiátricos severos y persistentes. Posteriormente, García Badaracco, Grimson y Yaría tendrían influencia sobre las comunidades terapéuticas de corte psicoanalítico en Uruguay.

## COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN URUGUAY: UN POCO DE HISTORIA

Las comunidades terapéuticas comenzaron a hacerse visibles en Uruguay en los años ochenta, lo que coincidió con el fin de la dictadura cívico-militar. En su mayoría, se apoyaban en un basamento teórico psicoanalítico rioplatense: influenciado por Klein y sus discípulos y por Pichon-Rivière y sus discípulos. En lo atinente a las adicciones, especialmente al alcohol —que era la predominante—, se aplicaba el modelo de los doce pasos y, en las adicciones a sustancias, influyó el modelo propugnado por Daytop Internacional. Durante 1985, la Comunidad Terapéutica de Gradiva concertó un encuentro en Buenos Aires, al que concurrieron las autoridades de Daytop. Esto dio lugar, poco después, a que se fundara la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas en Campinas (Brasil).

El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (Equipo Técnico, 1978), creado por el Dr. Alberto Martínez Visca en 1972, fue un lugar inspirador para promover experiencias alternativas a la atención psiquiátrica tradicional. Se trataba de un centro diurno, de naturaleza paraestatal y dependiente del Patronato del Psicópata, dedicado a la rehabilitación psicosocial de personas con severos trastornos psiquiátricos, y fue replicado en otros centros bajo la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en diferentes lugares del interior del país.

Entre 1968 y 1970, durante la dirección del Prof. Fortunato Ramírez en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, se desarrolló en la sala 19 del Hospital Vilardebó un grupo de trabajo con veinte pacientes psicóticos coordinado por las Dras. Steiner y Henderson. Se inspiraron en lo realizado por Maxwell Jones —considerado el padre de la Comunidad Terapéutica— en el Dingleton Hospital (Comité Organizador del Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, 1995).

Entre 1974 y 1978, el Dr. Jorge Cabrera y su equipo reestructuraron la Sala 27 del Hospital Vilardebó, conocida como el *cuadro bajo de mujeres*, para que funcionara como una Comunidad Terapéutica. Este

espacio permitió a las pacientes y a los técnicos gestionar un proceso de *normalización* gradual, en articulación con el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (Cabrera et al., 1978).

Un jalón histórico importantísimo para la incorporación de las comunidades terapéuticas al mundo académico fue la asunción del Prof. Dr. E. Probst a la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina en 1985. Allí creó, en el entonces Hospital Psiquiátrico Musto (llamado de corta estadía) el Departamento de Técnicas Comunitarias, que funcionó hasta 1988. Esta actividad continuó en el Hospital de Clínicas hasta el año 1993 como un espacio de reflexión para pensar *lo psicótico*. En el Hospital Musto, se implementaron las comunidades terapéuticas —en particular, la técnica de las asambleas comunitarias— en un espacio de formación universitario destinado a los posgrados de Psiquiatría. Por los comentarios ulteriores de varios participantes, nos consta que esa década de trabajo dejó una impronta en toda una generación de psiquiatras e integrantes del equipo de salud mental que participaron en estos encuentros. Por ejemplo, en algunas salas del Musto, dependientes de la Clínica Psiquiátrica, se replicaron las asambleas comunitarias para discutir altas, permisos de visitas, medicación y sus efectos, etcétera (González Regadas, 1986).

En el ámbito de la atención pública a las adicciones, se destaca el trabajo de la policlínica de fármaco-dependencia del Hospital Maciel (Silva Cancela, 2001) en los años noventa, que implementó técnicas inspiradas en los grupos operativos siguiendo la metodología de Pichon-Rivière.

## CONSTRUYENDO UNA FEDERACIÓN DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Las comunidades terapéuticas en Uruguay lograron unificarse, mayoritariamente, bajo el paraguas de la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas; esta, a su vez, integró la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y la Federación Mundial

de Comunidades Terapéuticas. A fines de los noventa, y a partir de los encuentros interinstitucionales realizados en Castalia desde 1985, se consolida la comunidad terapéutica como un modelo asistencial más en el campo de la salud mental (González Regadas, 2001, 2003).

Desde mediados de los ochenta, se venían produciendo regularmente encuentros mensuales en los que participaban distintos actores de la sociedad civil para relatar sus experiencias de trabajo con poblaciones vulnerables y desocializadas. Esto fue abonando el terreno para ir encontrando puntos de unión entre las instituciones, más allá de sus diferencias y perfiles propios. Entre los representantes del psicoanálisis que estuvieron en esos encuentros, podemos mencionar a Marta Nieto, Mercedes y Héctor Garbarino, Enrique Probst, Osvaldo Filidoro, Jorge García Badaracco y Juan Yarúa (los tres últimos de Argentina). Estos aportes fueron insumos valiosos para ir construyendo diferentes miradas sobre los procesos institucionales y ciertas lecturas posibles al respecto, con el propósito de dar cuenta de los procesos de rehabilitación realizados en el marco institucional provisto por las comunidades terapéuticas.

El 16 de noviembre de 1998, se firmó un convenio entre la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas y la Junta Nacional de Drogas con la presencia del Dr. Osvaldo Fierro, delegado por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. Aunque el convenio prometía tener una gran influencia en la práctica, quedó mayormente en el plano declarativo. Sin embargo, representó un hito importante en el reconocimiento de las comunidades terapéuticas a nivel nacional e internacional (González Regadas, 2001).

En esta primera época, se tornaron patentes las diferencias que había entre instituciones que atendían a personas con problemáticas psiquiátricas severas y persistentes, por un lado y, por otro, instituciones que se ocupaban de las adicciones. A finales del siglo xx, surgió una problemática que combinaba ambas cuestiones: los llamados *trastornos duales*, que incluían a personas cuyas necesidades no encajan ni en uno ni en otro de los modelos de abordaje existentes. Castalia fue la primera comunidad terapéutica en ocuparse de estos cuadros

complejos. En la actualidad, Dianova-Uruguay gestiona un programa, llamado Chanáes, para estas personas en convenio con la Junta Nacional de Drogas.

## AVATARES DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN URUGUAY

A la largo de estos cuarenta años, varias comunidades terapéuticas fueron haciendo convenios con organismos públicos —Ministerio de Desarrollo Social (Mides), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), ASSE, Banco de Previsión Social (BPS)— que contratan organizaciones de la sociedad civil para la realización de estas tareas. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a través de la ley 18.211 de 2007, favoreció esta situación. Sin embargo, la crisis económica por la que transitó el país en 2002 llevó a la desaparición de algunos centros privados por falta de recursos.

La propia Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas, que las había aglutinado por treinta años, languideció gradualmente y, después de 2016, terminó por ser un nombre virtual. La pandemia por COVID-19 generó un auténtico terremoto que introdujo un cambio fundamental en el modelo asistencial debido a que la presencialidad se había reducido al mínimo imprescindible. A pesar del debilitamiento de la Federación como actor interinstitucional de primer orden, las comunidades terapéuticas han subsistido mediante convenios con organismos públicos y como estructuras tercerizadas en la prestación de servicios asistenciales.

Es de interés destacar los marcos legales imperantes durante estos cuarenta años. En el campo psiquiátrico, la llamada Ley de Psicópatas (9.581) de 1936 estuvo vigente hasta que fue sustituida por la Ley de Salud Mental (19.529) de diciembre de 2017. En dicha ley, al igual que en la 18.211, que creó el SNIS, no figura a texto expreso el término *comunidad terapéutica*. Las llamadas «canastas de prestaciones» señalan que los «trastornos severos y persistentes» disponen de 144 horas para su

atención. Las instituciones de asistencia médica colectiva, ASSE y otros organismos públicos —tales como BPS, INAU y Mides— hicieron convenios con comunidades terapéuticas para el abordaje residencial de las adicciones. Algo similar aconteció en el sistema mutual.

Teniendo en cuenta lo antedicho, podemos decir que el SNIS tuvo un impacto positivo para las comunidades terapéuticas en tanto centros especializados para el tratamiento de las adicciones. No sucedió lo mismo con la Ley de Salud Mental (19.529), que para 2025 plantea el cierre o la transformación de los centros psiquiátricos monovalentes. Dicha ley incluye dispositivos tales como viviendas asistidas y casas de medio camino, que empezaron a ponerse en práctica recién en 2024. La mayoría de estos nuevos dispositivos están gestionados por acuerdos entre organismos estatales (Mides, INAU) y organizaciones de la sociedad civil, muchas de las cuales son comunidades terapéuticas.

Hubo otra serie de leyes referidas a la temática de las drogas: el Decreto Ley 14.294 de 1974 —luego reformulado por la llamada Ley de Estupefacientes (17.016) en 1998— establece que los usuarios de drogas son personas que requieren tratamiento y no deben ser criminalizadas. Durante el año 2000, la Junta Nacional de Drogas y organizaciones de la sociedad civil produjeron un documento llamado *Políticas públicas de Estado frente al problema de las drogas*, que no llegaron a implementarse y fueron sustituidas por una política de reducción de daños y riesgos, con un sesgo proclive a la legalización. Es así que en 2013 se aprueba la Ley de la Marihuana (19.172) y, recientemente, el 28 de julio de 2023, la ley 20.176, que permite la expresión anticipada del usuario compulsivo de drogas a ser internado a efectos de su desintoxicación y tratamiento.

## CIERTOS ASPECTOS POR CONSIDERAR

Si hacemos foco en el aspecto económico, estudios realizados en otros países demostraron que las comunidades terapéuticas tienen una excelente relación costo-beneficio (Pitts y Yates, 2010). La inversión en

estas instituciones permite reducir gastos al disminuir la necesidad de servicios médicos de urgencia, incrementar el presentismo, la satisfacción y el rendimiento laboral, y reducir los actos delictivos relacionados con el consumo de drogas, así como con problemáticas asociadas a trastornos de salud mental, abuso sexual y violencia intrafamiliar y social.

Interesa señalar que esta inversión en prevención y tratamiento de problemas vinculados con las adicciones y la salud mental redundan en una mejor calidad de vida y trae aparejada una mayor sensación de seguridad en un mundo básicamente incierto, inseguro, donde aparecen vivencias de desamparo radical. Existe un imaginario social arraigado acerca de la peligrosidad de los pacientes psiquiátricos y de ciertos adictos, que induce a medidas que refuerzan la exclusión y tornan muy difíciles la integración y la convivencia social pacífica. No en vano la puesta en práctica de la Ley de Salud Mental se ve interferida por el rechazo imperante en los diversos estamentos de nuestra sociedad (Barrán, 1992, 1993; Duffau, 2017). Testimonio de ello es el lento y trabajoso proceso de transformación de las antiguas colonias y del hospital psiquiátrico en nuevos espacios de salud mental que impliquen un mayor contacto entre los sujetos marginados y el conjunto de la sociedad.

Las casas de medio camino, los hogares transitorios y los lugares de acogida para evitar recaídas y reagudizaciones empiezan a hacerse presentes y necesitan de la articulación efectiva en una red —tanto pública como privada— de cuidados continuos, donde cada uno de estos dispositivos sea un eslabón en un proceso de inserción social complejo, cuya producción y consolidación de los cambios esperados lleva tiempo. Estos recursos necesitan ser pensados por todas las partes involucradas como *lugares de paso*, transitorios, con una tarea primaria bien definida y con tiempos estimativos basados en la experiencia acumulada. Cuanto mayor implicación e integración se logre con el entorno social donde está funcionando el dispositivo, es más probable que ocurran cambios duraderos y sostenibles (Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2008; Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos de Norteamérica; Read et al., 2007).

La evaluación periódica de los resultados del proceso realizada por todos los actores involucrados debería ser una disciplina deseable. Los controles, las supervisiones y los cuidados externos de los equipos de trabajo deberían ser una parte sustancial para evitar su agotamiento, desorganización e ineficiencia por el desgaste emocional que implica realizar este tipo de tareas. Se necesita, por otra parte, explorar las opciones laborales disponibles y tender puentes para que estas personas tengan un efectivo acceso a ellas. Esto está ligado a un tema re-verberante en los encuentros interinstitucionales: es clave una buena articulación entre el adentro y el afuera del dispositivo para evitar el indeseable mecanismo de la puerta giratoria.

## ALGUNAS PROPUESTAS BASADAS EN LECCIONES APRENDIDAS

De la síntesis de algunas lecciones que nos han dejado las comunidades terapéuticas, se destacan algunas propuestas clave que podrían extenderse más allá de ellas:

1. Construir una política pública de Estado referida a la salud mental, en general, y a las adicciones, en particular, basada en el estudio de experiencias nacionales e internacionales que hayan sido exitosas durante prolongados lapsos de tiempo. Lo realizado en este campo en el país configura un acervo experiencial que no puede soslayarse ni sustituirse por lo proveniente de otros contextos geográficos, culturales y poblacionales que tienen características muy diferentes. Esto, ciertamente, no excluye conocer y evaluar lo hecho en otros lugares, sino tenerlo como un insumo crítico para mejorar lo que se está haciendo localmente.
2. Dicha política considerará los diferentes dispositivos asistenciales (entre ellos, a las comunidades terapéuticas) como parte de un continuo, donde las personas beneficiarias pasen de un máximo de dependencia en los cuidados recibidos al mayor grado de

autonomía del que sean capaces, en función de las herramientas adquiridas para insertarse en la vida cotidiana.

3. La necesaria articulación entre los diversos dispositivos asistenciales y de prevención, ya sean públicos o privados, significaría un ahorro de costos. No solo reduciría costos y aumentaría la eficiencia, sino que también potenciaría la capacidad de intervención. Lo antedicho generaría un beneficio directo para los usuarios, sus familias y la sociedad toda.
4. Cada recurso utilizado debería pensarse —y los equipos tendrán que estar mentalizados al respecto— como un lugar de paso y no como una forma de vida permanente. Este enfoque supone un cambio en el modo hegemónico de pensar estos temas en nuestra sociedad, es decir, un cambio de mentalidad. También implica un cambio en la visión individualista de estas problemáticas que se centran en la enfermedad, hacia otra que valore los aspectos más saludables y promueva el trabajo en/con grupos que cooperan entre sí durante todo el proceso de rehabilitación. Las comunidades terapéuticas, por ser un cruce de caminos entre disciplinas y técnicas variadas, tienen mucho para aportar en tal sentido.
5. La gestión debe implicar separar los aspectos técnicos, que competen a los equipos de trabajo, de la administración económica. Sin embargo, es crucial que ambos aspectos estén interconectados y promuevan un intercambio fluido entre lo técnico y lo administrativo para una operación más efectiva.
6. Los equipos que trabajan con personas que tienen una multiplicidad de dificultades severas y que persisten en el tiempo saben que las recaídas y las reagudizaciones son la regla (corrientemente se les llama crisis). Ayudar a los usuarios y sus familiares a aprender de estas, para espaciarlas gradualmente hasta lograr su extinción, es una de las tantas tareas a afrontar. Para esto es necesario un seguimiento y monitoreo continuo y centralizado de lo que está sucediendo una vez egresados del sistema, a efectos de consolidar logros en el tiempo y prevenir las eventuales recaídas. Si se detectan vulnerabilidades que supongan una potencial recaída,

es crucial hacer una rápida derivación hacia grupos que trabajen específicamente esta temática. Las comunidades terapéuticas tienen una amplia experiencia en tal sentido.

7. Instaurar una cultura de la evaluación continua de los resultados y desarrollar un espacio de aprendizaje a través de las experiencias compartidas son tareas fundamentales. Pensamos que es muy importante hacer estudios multicéntricos y de proceso, longitudinales, y que la academia y los investigadores se encarguen de ello (la Agencia Nacional de Investigación e Innovación podría financiar proyectos de investigación en esta área). Esto permitiría tender puentes entre la práctica y los resultados producto de las investigaciones, de forma tal que haya un beneficio recíproco para ambas partes.
8. Los equipos asistenciales requieren de una instancia de reflexión acerca de cómo están llevando adelante la tarea primaria y de cómo se comunican y cuidan entre sí. Un factor clave para mejorar la comunicación es la capacidad para despersonalizar los conflictos y verlos como algo inherente a la tarea. Los cuidados de los equipos de trabajo son una instancia clave para evitar el agotamiento y mejorar la tarea y el disfrute durante su realización, más allá de sus dificultades. Es deseable que este aspecto esté a cargo de un consultor externo al equipo y la institución (González Regadas, 2021).
9. Los diferentes modelos de comunidad terapéutica han demostrado su eficacia frente a situaciones altamente conflictivas, como indican las evaluaciones de Cochrane, los estudios longitudinales del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos de Norteamérica y otros.
10. Las comunidades terapéuticas combinan disciplinas vinculadas a lo humano que confluyen para lograr el mayor grado de socialización y autonomía posible. Se focalizan en los usuarios y sus familias, sus necesidades y conflictos, y en el desarrollo de las potencialidades para integrarse en un mundo diverso y plural (relación yo-otro, mundo). La comunicación del equipo con los usuarios y

sus familiares es horizontal, pero no desconoce las diferencias de lugares que tienen unos y otros. El recorrido no es lineal, sino que configura un arduo proceso. Así debe ser entendido por todos los involucrados y por la sociedad en su conjunto.

## DESAFÍOS PENDIENTES

¿Qué aspectos relevantes necesitan ser profundizados? Entre otras cosas, la construcción de una teoría unificada que vaya más allá de lo meramente descriptivo, del tipo de instituciones que son. Desde un plano epistémico, por ejemplo, ¿cuál sería su objeto de conocimiento?, ¿cómo acceder a él en función de su especificidad?, ¿una o muchas comunidades terapéuticas? De las respuestas que cada centro brinde dependerá su funcionamiento efectivo en un mundo incierto y en constante cambio, donde se introducen muchas variables que ponen en jaque su estructura. La pluralidad de respuestas a estas interrogantes hace aparecer en el mundo académico, sobre todo, un campo que da lugar a muchas interrogantes a clarificar.

No alcanza ciertamente con la descripción de lo que se hace, sino que es necesario expresar cómo se lo hace y para qué. Al igual que por qué hacemos lo que hacemos. ¿Cuál es el fundamento teórico de una práctica clínica que apela a recursos técnicos provenientes de fuentes diversas? También las comunidades terapéuticas incluyen la espiritualidad —y algunas lo religioso— como factores de apuntalamiento durante el proceso. ¿Cuánto pesa cada uno de estos aspectos en los resultados?

Pensamos que es necesario identificar no solo los elementos comunes a todas ellas, sino el peso específico de alguno de ellos para dar cuenta de los cambios y de cómo ocurren. ¿Cuál es el objeto de conocimiento y cómo se genera en las comunidades terapéuticas? ¿Qué las distingue de otras modalidades asistenciales? ¿Cómo se evalúan procesos y resultados? No se está huérfano de respuestas para estas preguntas. Los informes en 2009 de la Biblioteca Cochrane (Cochrane,

2024) y de varias revisiones hechas por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos de Norteamérica y las Naciones Unidas proporcionan datos referentes a su efectividad y a los resultados obtenidos; pero excluyen un examen en profundidad de sus fundamentos (al estilo de lo que hacen los diagnósticos estadísticos sobre las enfermedades mentales). Si no se entiende la especificidad de lo que se hace, las intervenciones que apuntan a producir cambios pueden configurarse en un adoctrinamiento y no en evidencias surgidas de una práctica sometida a la crítica y al cuidadoso escrutinio de los efectos producidos.

¿Cómo articular espacios de intervención institucionales que son diversos (el grupo, las familias, los sujetos en su singularidad)? ¿Y el lugar asignado al contexto sociohistórico-cultural y sus efectos sobre lo que acontece a la interna de las comunidades terapéuticas? Hemos tratado de responder algunas de estas preguntas (González Regadas, 2001), que son abordadas fragmentariamente desde diversas corrientes teóricas. ¿Es pertinente interrogarse acerca del lugar del / de lo inconsciente en las comunidades terapéuticas?

## EL PSICOANÁLISIS Y LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

En nuestro caso, admitir la dimensión de lo inconsciente es un factor insoslayable, con independencia de la disciplina de la que se trate, porque los seres humanos nos mostramos como seres divididos, conflictivos, contradictorios, donde lo oscuro y lo luminoso coexisten. Pensar así se torna complejo cuando hablamos de instituciones con un programa de actividades que tienen sus diferencias; donde hay espacios múltiples y diferentes actores participando en ellos. Y, finalmente, donde acontecen procesos diferenciables que demandan, ineludiblemente, una forma de coordinación y síntesis para entenderlos e intervenir.

Tras la Segunda Guerra Mundial fueron apareciendo, en diferentes partes del mundo, numerosas instituciones autodenominadas psicoanalíticas (Mackie, 2016). En nuestro país, su desarrollo está documentado en las publicaciones que hizo la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (2001). Las características propias del mundo actual conspiran contra este tipo de propuestas, que no ofrecen ni un camino fácil ni soluciones rápidas. Probablemente, su supervivencia implique un rediseño en que la inteligencia artificial y los desarrollos tecnológicos desempeñen un papel relevante en sus procesos de transformación, así como para determinar cuánto de su esencia subsistirá.

En el ámbito local, los aportes hechos por el psicoanálisis de los procesos colectivos (González Regadas, 2021) tienen un fundamento en los planteos freudianos contenidos en la carta 52 (llamada *del equinoccio*), dirigida a Fliess. Allí Freud (1994) destaca, al igual que en otros textos suyos, los cambios sufridos por las huellas mnémicas cuando pasan del registro inconsciente al preconscious/consciente, sufriendo una transcripción. En tales circunstancias pierden algo de su condición original para mostrarse con el ropaje propio de ese otro registro. Este punto sirvió para proponer la hipótesis de un circulante patológico y patogénico como una representación afectivamente cargada, que se va desplazando por diferentes actividades y espacios y se reactiva cuando se dispara una vulnerabilidad específica, propia del sujeto, del grupo o de la institución. El atravesamiento del circulante por estos lugares y actividades que se realizan a lo interno de ella y en su relación con el entorno permite grados variables de articulación, a efectos de propiciar una lectura integradora de lo que está sucediendo para trabajar cambios posibles.

## A MODO DE CIERRE

La introducción de la inteligencia artificial constituye un desafío por cómo impacta en ámbitos diferentes. En la Comunidad Terapéutica de Castalia se ensayó su empleo en 2023 como un recurso más, para

tener visiones alternativas a las que proponen los usuarios, y mostró ser una herramienta que suma a la tarea, pero que no sustituye a ninguna.

Los cuarenta años transcurridos desde que se implementó en Uruguay el modelo de las comunidades terapéuticas o algún aspecto parcial de este conformaron un espacio y un tiempo que dio lugar a aprendizajes múltiples acerca de los funcionamientos institucionales, así como a la emergencia de trabas que debieron afrontarse para sobrevivir en tiempos difíciles (crisis de 2002, pandemia de COVID-19). Por fortuna, con el correr de los años, esta historia quedó documentada en numerosas publicaciones que datan de la primera década de este siglo XXI y que, por diferentes razones (sobre todo de tiempo y de urgencias, pensamos), no se han reflejado en publicaciones más recientes sobre la temática. El futuro dirá cuánto es posible seguir construyendo a partir del modelo. Hemos señalado algunas de las tareas que quedan pendientes, así como los desafíos que implica un mundo violento, con cambios tecnológicos acelerados y con elevados componentes de incertidumbre que impactan adversamente en nuestras vidas cotidianas y desafían la convivencia yo-otro-mundo.

\*\*\*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRÁN, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: El poder de curar* (vol. 1). Banda Oriental.
- BARRÁN, J. P. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: La ortopedia de los pobres* (vol. 2). Banda Oriental.
- BROEKAERT, E., VANDERPLASSCHEN, W., TEMMERMAN, I., OTTENBERG, D. J. y KAPLAN, C. (2000). Retrospective study of similarities and relations between american drug-free and european therapeutic

- communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407-417.
- CABRERA, J., ANDRÉ, I. y VIEIRA, M. E. (1978). Estudio de la población actual de una Sala de Crónicos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 43(254), 64-78.
- COCHRANE (2024). Biblioteca Cochrane. <https://www.cochranelibrary.com/>
- COMITÉ ORGANIZADOR DEL ENCUENTRO INTERNACIONAL DE PSIQUIATRÍA DE LACTANTES (1995). *Cambio y desarrollo: El lactante, el niño y el adolescente del siglo XXI*. Autor.
- DE LEÓN, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones: Teoría, modelo y método*. Desclée De Brouwer.
- DUFFAU, N. (2017). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911): Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Universidad de la República.
- EQUIPO TÉCNICO (1978). Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 43(253), 36-47.
- FEDERACIÓN URUGUAYA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (2001). *Drogas, ética y trasgresión*. Psicolibros.
- FREUD, S. (1979). La interpretación de los sueños. En *Obras completas* (vol. v, pp. 530-550). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900)
- FREUD, S. (1994). *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Amorrortu.
- GARCÍA BADARACCO, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Tecnipublicaciones.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (1986). Asambleas comunitarias en el hospital psiquiátrico. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 51(303/304), 187-207.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2001). *Comunidad terapéutica y trastornos duales*. Psicolibros.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (comp.) (2003). *Prevención y procesos colectivos*. Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2021). Trabajando psicoanalíticamente en y con instituciones: Estructuras y dinamismos. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 2(1), 53-72.

- GRIMSON, W. R. (1972). *Sociedad de locos*. Nueva Visión.
- GRIMSON, W. R. (1983). *La cura y la locura*. Búsqueda.
- HARRISON, T. (2000). *Bion, Rickman, Foulkes and the northfield experiments: Advancing on a different front*. Jessica Kingsley.
- JUNTA NACIONAL DE DROGAS (2000). *Políticas públicas de Estado frente al problema de las drogas*. Autor.
- MACKIE, B. S. (2016). *Treating people with psychosis in institutions: A psychoanalytic perspective*. Karnac.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2008). *Principios del tratamiento de la toxicomanía: Documento de debate*. Organización Mundial de la Salud.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1970). *Del psicoanálisis a la psicología social* (vols. 1-2). Galerna.
- PITTS, J. y YATES, R. (2010). Costs benefits of Therapeutic Community Programming: Results of a self Funded Survey. *Therapeutic Communities*, 31(2), 129-144.
- RACAMIER, P. C. (1970). *Le psychanalyste sans divan: La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Payot.
- READ, J., MOSHER, L. y BENTALL, R. (2007). *Modelos de locura*. Herder.
- SILVA CANCELA, M. (2001). Intervenciones terapéuticas en la era del vacío. En *Adicción* (pp. 153-166). Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- SIMMEL, E. (1929). Psychoanalytic treatment in a sanatorium. *The International Journal of Psychoanalysis*, 10, 70-89.
- WAKE, N. (2018). Homosexuality and psychoanalysis meet at a mental hospital: An early institutional history. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 74(1), 34-56.
- WHITELEY, S. (2004). The evolution of the therapeutic community. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 233-248.
- YARÍA, J. (1988). *Los adictos, las comunidades terapéuticas y sus familias*. Trieb.