



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Relevancia de la Terapia de Grupo dentro del
proceso de rehabilitación psicosocial de personas
diagnosticadas con esquizofrenia

Autor: Ismael Larrañaga Aicardo

C.I.: 4.534.476-6

Tutora: Mag. Laura de Los Santos

Montevideo, julio de 2017

Agradecimientos:

En el plano académico quiero agradecer a todos los compañeros que me acompañaron en éste camino, a mi Facultad, por haberme permitido formarme en ella y a la docente Mag. Laura de los Santos que me brindó su apoyo en la etapa final de la carrera. Asimismo quiero simbolizar en ella el agradecimiento a todos los docentes que tuve a lo largo de este trayecto y que fueron muy importantes en mi formación desde el año 2011.

En el plano personal agradecer a toda mi familia, a mi compañera de vida Jessica Prieto, pero quiero dedicar especialmente este Trabajo Final a mi querida abuela (Aurora González) quien de pequeño me brindo su cariño y apoyo para que pueda desarrollarme.

A todos ellos; ¡Muchas gracias!

Índice:

Resumen.....	4
Palabras clave.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I – Esquizofrenia	7
Antecedentes	7
¿Cómo la definimos hoy en día?	9
Manifestaciones de la esquizofrenia.....	13
Formas clínicas de la esquizofrenia.....	18
Capítulo II - Tratamiento	20
Farmacología	20
Rehabilitación psicosocial	21
Capítulo III - Grupos terapéuticos	23
Nacimiento de un vocablo	23
Primeros estudios en grupos.....	24
Hacia la terapia de grupo	26
Primeras aplicaciones del psicoanálisis a los grupos	27
Psicoterapia psicoanalítica de grupo.....	28
Escuela Inglesa	28
Escuela Argentina.....	30
Escuela Francesa	31
Elementos comunes de la terapia de grupo	33
Abordajes terapéuticos grupales más usados para trabajar con personas diagnosticadas con esquizofrenia.....	34
Grupos de habilidades sociales:	34
Grupos psicoeducativos e intervención familiar:.....	34
Grupo de compensación de deficiencias cognitivas:	34
Grupos cognitivos y cognitivo – conductuales:.....	35
Grupos de orientación psicodinámica e interpersonal:.....	35
Beneficios de la terapia de grupo para tratar la esquizofrenia.....	36
Capítulo IV - Consideraciones finales	37
Bibliografía consultada.....	37

Resumen

Esta monografía está enmarcada dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República del Uruguay. El propósito de este trabajo es poner de manifiesto la importancia que tiene la terapia grupal como recurso fundamental a la hora de proyectar la rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Con el fin de comprender las principales características de la esquizofrenia, hemos propuesto un recorrido conceptual a partir de las primeras concepciones hasta la actualidad.

Asimismo, conoceremos el desarrollo que tuvo la Terapia de Grupo como técnica terapéutica a lo largo de la historia, desde su origen hasta la actualidad, para luego dar cuenta de las fortalezas y beneficios que presenta este tipo de abordaje en el tratamiento de la esquizofrenia. Buscamos con este trabajo contribuir a la reflexión sobre la relevancia que tiene la rehabilitación psicosocial de personas diagnosticadas con esquizofrenia, la cual muchas veces es omitida.

Palabras clave

Esquizofrenia – Terapia de Grupo – Rehabilitación psicosocial

Introducción

El presente trabajo es una monografía de tipo exploratorio. Su objetivo central es estudiar la contribución de la Terapia de Grupo dentro del tratamiento psicosocial de personas diagnosticadas con psicosis esquizofrénica. Hablamos de psicosis cuando el sujeto sufre una profunda ruptura con la realidad, instaurándose nuevas formas de ver, sentir y percibir condicionando su personalidad, comportamiento y hábitos. Asimismo, esta patología es considerada como un trastorno mental grave y persistente con una prevalencia relativamente alta, ya que afecta al 1 % de la población a nivel mundial. Cabe destacar que el tratamiento de esta enfermedad ha evolucionado desde la década del cincuenta, con la introducción de los primeros antipsicóticos. El gran impacto de estos fármacos se observó en la reducción de los síntomas positivos (alucinaciones y delirios). Esto implicó que, aunque la persona afectada disminuya aquellos síntomas más enigmáticos y visibles de la enfermedad, los aspectos psicosociales seguían muy comprometidos en el sujeto, condenándolo al encierro y destruyendo su proyecto de vida.

Consideramos que con un tratamiento adecuado es posible la recuperación de muchos aspectos que hacen a la vida del sujeto. En este sentido, es que proponemos demostrar e impulsar las bondades que ofrece la Terapia de Grupo para trabajar y mejorar los aspectos psicosociales perdidos por la patología mental que sufre el paciente.

Este trabajo está organizado en cuatro capítulos. En el primero, se realiza un reconocimiento de las características más importantes que presenta la esquizofrenia. En el segundo capítulo, abordamos las posibilidades de tratamiento que existen para tratar la esquizofrenia. En el tercero, se desarrolla el tema de la Terapia de Grupo mediante una exhaustiva revisión del estado del arte, evocando a los autores más relevantes; a saber: Elton Mayo, Wilfred Bion, Pichon Rivière, Anzieu, Kaës, Pondalis, Bejarano y Bernard, entre otros. Asimismo, daremos cuenta de los importantes beneficios que ofrece este tipo de abordaje para tratar la esquizofrenia. En el cuarto y último capítulo presentamos nuestras consideraciones finales.

Mi interés en desarrollar un Trabajo Final de estas características se funda en dos pilares fundamentales. En primer lugar, la práctica "*Aproximaciones diagnósticas*"

desarrollada en el Hospital Vilardebó con el docente Ignacio Porras. Esta consistía en la realización de entrevistas a personas que se hallaban allí hospitalizadas. Pudimos observar que los sujetos internados por diferentes factores solo pueden acceder a un tratamiento que es prevalentemente farmacológico y, por tanto, no acceden a una rehabilitación psicosocial real, condenándose a una perpetua rehospitalización. En segundo lugar, la asignatura cursada en la Facultad de Psicología, "*Grupos Terapéuticos para Pacientes con Psicosis*", a cargo de la docente Laura de Los Santos, con quien pude conocer en profundidad los fundamentos e importancia de complementar el tratamiento farmacológico con un abordaje psicosocial, uno de los cuales puede ser la Psicoterapia de Grupo. Mediante esta podemos lograr que el sujeto diagnosticado con psicosis desarrolle un proyecto de vida.

Uniéndolo a estas experiencias de mi vida académica es que me propongo resaltar la importancia de un abordaje psicosocial, de modo que su implementación deje de ser la excepción y pase a ser parte fundamental de los tratamientos de estas patologías.

Capítulo I – Esquizofrenia

Antecedentes

«Los ojos y oídos que se dirigen a la realidad están cargados de significados, de experiencias oídas o vistas, de palabras y lenguajes descriptores de otras realidades que terminan influyendo en la que se pretende describir y describir virginalmente.»

José Pedro BARRÁN¹

Las primeras nociones de la patología mental que hoy conocemos como *esquizofrenia* se remiten a los años 1852 y 1853 y al psiquiatra francés Benedict Augustin Morel. Según Novella y Huertas (2010), podemos decir que la importancia de su obra radicó en la presentación de *Études cliniques (Estudios Clínicos)* donde dio cuenta de casos de jóvenes alienados. Estos presentaban un cuadro clínico común caracterizado por la disminución acelerada de las funciones mentales. En primera instancia los diagnosticó como «démence stupide o stupidité aboutissant» (demencia estúpida), años más tarde, hacia 1860, utilizó el término «démence précoce» (demencia precoz) para referirse a estos trastornos mentales que además se caracterizaban por iniciarse en la adolescencia o en la edad adulta.

En 1871, Hecker, en Alemania, utilizó el término «hebefrenia» para referirse a una enfermedad que, al igual que lo observaba Morel, tenía un inicio precoz (entre los 18 y los 22 años) y que se caracterizaba por conducir al sujeto a un estado de demencia (Hecker, 1871). Asimismo, en el año 1874 el psiquiatra de origen alemán Karl Kahlbaum utilizó el término «catatonía» para hacer referencia a los trastornos psicomotores: inercia, flexibilidad cética, disminución de la respuesta a los estímulos y una tendencia a permanecer en una postura inmóvil, catalepsia, hiperquinesia, angustia o padecimiento moral de las expresiones y mañerismo (Ey, 1980).

¹ Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: El poder de curar*. Montevideo: Banda Oriental, p. 17. El autor parafrasea conceptos tomados de M. Foucault.

Años más tarde, en 1898, Emil Krapelin, psiquiatra alemán considerado por muchos el fundador de la psiquiatría moderna, realiza una exhaustiva clasificación donde sistematiza distintos trastornos mentales. En ese sentido, reunió bajo el término «demencia precoz», tal como lo hiciera Morel, diversos cuadros clínicos caracterizados por tender al deterioro, la hebefrenia de Hacker, la catatonia de Kahlbaum y la demencia paranoide, dejando fuera otros trastornos como el bipolar, la depresión y el Alzheimer (Novella y Huertas, 2010).

Este magnífico trabajo nosológico realizado por Krapelin es considerado la piedra fundamental para posteriores desarrollos en el estudio y seguimiento de esas enfermedades. En ese sentido, nos parece de valor rescatar de sus propias palabras los criterios de clasificación utilizados. Kraepelin (en Alienistas de Pisuerga, s/f), al respecto, expone lo siguiente:

[...] Solía examinar las fichas disponibles de las distintas patologías a las que iba a hacer mención, en las que había escrito un resumen muy breve de lo más importante de cada caso. Después, apartaba aquellos casos que parecían incompletos o cuestionables y agrupaba el resto siguiendo diversos criterios. Reunía los casos más parecidos en grupos más grandes o más pequeños y después definía con más precisión las características clínicas de los subgrupos, como el comportamiento hereditario, los factores externos demostrados, la distribución por edad, sexo y profesión, etc. Además tenía en cuenta el desarrollo genético, los síntomas físicos o mentales individuales, el desarrollo y el final de cada trastorno. Si examinaba las cifras, podía saber si la muestra era significativa o no. Al mismo tiempo, centraba mi atención en detalles concretos que tendría que tener en cuenta más adelante. Al comparar los grupos, algunos datos parecían más evidentes que otros y me ayudaban a demostrar mi interpretación general de los mismos. (p. 12)

En el año 1908, el prestigioso psiquiatra suizo Eugene Bleuler trabajó con pacientes diagnosticados con psicosis. En su práctica clínica, observó que la afirmación kraepeliniana, que sostenía que los cuadros psicóticos devienen en la pérdida de las facultades mentales (demencia) de forma progresiva, era errónea. Pues para Bleuler no todos los pacientes eran dementes, entonces ya no podrían reducir la enfermedad a temas orgánicos, de modo que habría que comenzar a considerar aspectos psicológicos (Golcman, 2015). Siguiendo a Novella y Huertas (2010), podemos decir que, a raíz de esta discrepancia, en el año 1911 Bleuler presenta su

obra titulada *Dementia praecox* donde se utiliza por primera vez el concepto de esquizofrenia, haciendo referencia al *grupo de las esquizofrenias*. Estas se caracterizan por poseer síntomas primarios de origen psicopatológico y síntomas secundarios, desarrollados a consecuencia de la reacción y acomodación de la psiquis a la nueva situación. Los síntomas secundarios refieren a los delirios, alucinaciones, perturbaciones en la memoria y trastornos del lenguaje. Asimismo, dentro de ese grupo de enfermedades estableció cinco formas clínicas, paranoide, catatónico, y hebefrénico siguiendo la clasificación krapeliana, a la que se sumaba una forma simple que presentaba los síntomas fundamentales y otra forma latente paucisintomática (escasos síntomas). De esta forma, Bleuler, influido por Sigmund Freud y por Carl Gustav Jung, caracteriza las enfermedades no a partir de su evolución, como lo hacía Krapelin, sino a partir de un rasgo común psicopatológico, conocido como la escisión del yo, bajo el término esquizofrenia (mente escindida).

¿Cómo la definimos hoy en día?

«Como todo proceso cuando reduce, se “dualiza”. Nuestra ética de los efectos, entonces, debería ubicarse tratando de pensar las tensiones, entre el control y descontrol, la razón y sinrazón, lo normal y anormal. Pero de tal forma que las ilusiones de estabilidad se descompongan, y de los dualismos nos traslademos hacia una crítica y visualización de los efectos que producimos como técnicos en nuestra práctica. En una problemática que exige una mirada “poliocular”».

Nelson DE LEÓN²

En primer término, nos parece importante destacar las nociones que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya que es un organismo internacional especializado en gestionar políticas de prevención y promoción a nivel mundial. En ese sentido, la OMS (2016), define a la esquizofrenia como un trastorno mental grave que afecta a más de veintiún millones de personas a lo largo y ancho del planeta. Asimismo, menciona algunos síntomas característicos de esta enfermedad como distorsiones en los pensamientos, en las percepciones, en las emociones, en el lenguaje, en la conciencia de sí mismo y en la conducta. Por otro lado, expresa que se pueden presentar ideas erróneas como delirios y alucinaciones (oír o percibir algo que

² De León, 1995, p. 467.

no existe). También indica que se trata de una patología extremadamente limitante ya que genera grandes deterioros en los planos educativo y laboral.

Cabe resaltar que los sujetos diagnosticados con esquizofrenia sufren una fuerte estigmatización, discriminación y violación de los derechos humanos por parte de la población (OMS, 2016). Si bien estas consideraciones nos acercan a nivel general a la enfermedad, aún debemos seguir profundizando para lograr un acercamiento académico adecuado al concepto. En ese sentido, es necesario conocer los principales fundamentos de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* CIE 10 (1992). Allí se consigna a la esquizofrenia como una enfermedad que se caracteriza por presentar distorsiones en la percepción, pensamiento y emociones. Su comienzo puede ser agudo, a través del estallido de síntomas graves, o insidioso, con un desarrollo gradual. Destaca que su curso no es invariablemente crónico y condenado al deterioro. Agrega que, en general, la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

Otra característica que maneja el CIE-10 (1992) es que el sujeto que enferma puede creer que sus pensamientos y sentimientos internos e íntimos son conocidos por las demás personas. Asimismo, pueden presentarse ideas delirantes de tipo mágico y alucinaciones de tipo auditivo. La afectividad tiene características de superficialidad, caprichosas e incongruentes, la ambivalencia y la falta de voluntad se manifiestan por el negativismo y estupor; también pueden suscitarse síntomas de tipo catatónico.

Es importante señalar que no existen síntomas patognomónicos, entendidos como aquellos que por sí solos son capaces de determinar la presencia de la enfermedad, en cambio, sí podemos encontrar fenómenos psicológicos particulares que por su presencia nos dirigen hacia ese diagnóstico. Estos son, según el CIE-10 (1992):

- a) Pensamiento con eco, robo, inserción o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes y delirio de control, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser

capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas *negativos*, tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y tendencia al aislamiento social (p. 71).

Por otro lado, según Strauss y Col (como se citó en Gabbard, 2002), los síntomas de la esquizofrenia se pueden organizar en tres grandes grupos:

En el primer grupo ubica los síntomas que denomina *positivos*. Estos tienen como característica propiciar el aumento de las facultades normales de los sujetos. Tales características se sostienen por períodos cortos y se dan generalmente cuando el enfermo está cursando un episodio agudo. A modo de ejemplo, mencionaremos los síntomas que se pueden suscitar: distorsión en el contenido del pensamiento (ideas delirantes), percepción errónea de la realidad a través de los sentidos (delirios) y ciertas manifestaciones en la conducta (catatonia y agitación).

El segundo grupo se denomina como *síntomas negativos*, los que se caracterizan por manifestarse como una falta o ausencia de la función normal del sujeto. Esto se visualiza cuando el afecto aparece restringido, el pensamiento se manifiesta como pobre, hay falta de emoción, de motivación o entusiasmo (apatía) e incapacidad para sentir placer (anhedonia).

El tercer grupo lo denomina *manifestaciones principales de los desórdenes en las relaciones interpersonales* y se encuentra integrado por los siguientes comportamientos: retraimiento, expresiones incorrectas de agresión y sexualidad, falta

de consideración de las necesidades de los demás, demanda excesiva hacia el resto y dificultad para establecer relaciones con otras personas.

Para el psiquiatra y psicoanalista francés Henri Ey (1980) la esquizofrenia es una psicosis crónica que provoca un cambio profundo en la personalidad, un déficit global y una regresión de tipo autista. La regresión autística implica que el sujeto deja de construir su mundo con los demás para enfocarse en un pensamiento autístico (caos imaginario).

Otro aporte de importancia de Ey (1980) es el llamado Síndrome Fundamental del Período de Estado; este agrupa una serie de elementos descriptivos separando los aspectos inherentes a la vida psíquica y a los aspectos que desestructuran la conciencia del sujeto (síndrome de disociación). Estos dos polos, el negativo y el positivo, son complementarios y están unidos entre sí por cuestiones comunes: impermeabilidad, desapego, extravagancia y ambivalencia.

La *impermeabilidad* hace referencia a cierto hermetismo en sus intenciones, a actitudes enigmáticas y reservadas en sus conductas y proyectos.

El *desapego* implica el retraimiento del enfermo, donde la libido que era destinada hacia los objetos del mundo exterior es retirada e introyectada en su yo.

Extravagancia: la distorsión de su psiquis se ve reflejada en una cierta pérdida de unidad que lo lleva a comportamientos extraños y fantásticos.

Ambivalencia: Son dos sentimientos contradictorios vividos conjuntamente, pero sentidos de forma separada (amor - odio, afirmación - negación, etc.).

Por otro lado según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (1977), (en adelante DSM IV), para realizar un diagnóstico de esquizofrenia con cierta seguridad debemos considerar algunas alteraciones que se presentan en el sujeto a causa de la enfermedad. Para su mejor comprensión y aplicación, el manual DSM IV divide los criterios diagnósticos en seis grupos A, B, C, D, E y F.

El criterio A hace referencia a que deben existir, por lo menos, dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos. No obstante, si las ideas delirantes se presentan extrañas, una voz que comenta los pensamientos o comportamientos del sujeto, o si aparecen dos voces que comentan entre ellas es suficiente para el diagnóstico.

El criterio B marca un pobre funcionamiento durante un tiempo significativo en áreas laborales, interpersonales y en el cuidado personal. Estas alteraciones son visibles ya que se observa un marcado cambio de comportamiento desde el inicio del trastorno.

El criterio C habla de la duración que deben tener los síntomas para poder considerar el diagnóstico de esquizofrenia. En ese sentido, deben existir signos de alteración durante seis meses y debe cumplirse el criterio A por un mes. Este período puede ser menor a un mes si el sujeto recibe un tratamiento efectivo. Asimismo, pueden presentarse períodos prodrómicos (síntomas previos al desarrollo de la enfermedad propiamente dicha) y residuales, manifestarse dos o más síntomas del criterio A o síntomas negativos, pero de forma atenuada.

El criterio D manifiesta que no se debe tratar de un trastorno esquizoafectivo y de un estado de ánimo con síntomas psicóticos. Estos trastornos han sido descartados a consecuencia de que no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco, mixto y que las alteraciones de episodios anímicos aparecieron en el período en el que se desarrollaron los síntomas de la fase activa con una corta duración en relación con el período activo y residual.

Según el criterio E, el trastorno presente en el sujeto no debe ser consecuencia del consumo de sustancias o de alguna enfermedad médica.

Para el criterio F si hay un trastorno generalizado del desarrollo, como por ejemplo trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se realiza solo si síntomas tales como ideas delirantes y alucinaciones se mantienen por el período de un mes o menos si el sujeto fue sometido a un tratamiento de forma exitosa.

Manifestaciones de la esquizofrenia

Para Freud (1924), en la psicosis se plantea un conflicto entre el yo y el mundo exterior y agrega que las esquizofrenias culminan en una suerte de embotamiento afectivo. Plantea que el sujeto desarrolla la enfermedad como forma de evitar y proteger la psique de sentimientos que resultan intolerables. Replegándose la mayoría de sentimientos, entre ellos los positivos y adaptativos, dando como resultado la pérdida de interés del sujeto hacia el mundo exterior. En ese sentido, y siguiendo a Gabbard (2002), podemos decir que los principales aportes de Freud se basaron en su teoría de catexis. Freud llamó catexis a la capacidad que tiene el sujeto de dirigir y cargar de energía pulsional a distintos objetos, reflejando en este movimiento el interés que dichas representaciones tienen para él. En ese sentido, podemos decir que para Freud la esquizofrenia tiene como característica principal resolver frustraciones y conflictos con los otros retirando la libido de los objetos (decatectización). Esto genera que el sujeto sufra una profunda regresión llegando hasta el estado autoerótico del

desarrollo. Cabe destacar que Freud no realizó muchos esfuerzos para tratar terapéuticamente a estos pacientes ya que sostenía que no tenían la posibilidad de establecer transferencias.

Por otro lado, Harry Stack Sullivan³ fue un psiquiatra nacido en Estados Unidos que se dedicó a tratar con personas diagnosticadas con esquizofrenia, con las que obtuvo buenos resultados. Este autor sostenía que las causas de la enfermedad se debían a dificultades tempranas de relacionamiento entre el niño y su progenitor. Sullivan (como se citó en Gabbard, 2002) explica que una defectuosa maternidad genera un *self* cargado de ansiedad promoviendo la insatisfacción de las necesidades del niño. Entonces el inicio de la esquizofrenia estaría dado por un *self* disociado que llevaría a un estado de pánico y a la desorganización psicótica. En sus exitosos tratamientos, Sullivan utilizaba el psicoanálisis con el objetivo de arribar a los problemas acaecidos en los primeros años de vida del sujeto.

Continuando con el trabajo de Sullivan, su discípula, Frieda Fromm-Reichmann hacia 1950, consignó que las personas que padecen esquizofrenia no se encuentran satisfechas con su estado de retracción, sino que este estado es a consecuencia del temor a los otros y fomentado por experiencias adversas vividas en los primeros años de su niñez (Gabbard, 2002).

Por otro lado, años más tarde, Federn (como se citó en Gabbard, 2002), en 1952, manifestaba su discrepancia con las nociones de catexis de Freud; para él la catexis era retirada de los límites del yo, ya que observó que en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia no existía una barrera entre lo interno y lo externo, el yo no está diferenciado del no yo.

En consonancia con lo que venimos exponiendo, encontramos los aportes de Melanie Klein⁴, psicoanalista que también puso el énfasis en la etiología de la enfermedad durante los primeros meses de vida del niño. Esta autora, según Rosenfeld (1958), sostiene que los lactantes suelen estar expuestos a situaciones psicóticas angustiantes y que las personas que desarrollan psicosis manifiestan una regresión a esas etapas angustiantes vividas en la niñez.

Por su parte, Eugene Minkowski⁵, hacia 1927, realizó importantes aportes acerca de la concepción de la esquizofrenia. Olivos (2006), aborda la intuición, siguiendo a Minkowski, «como instrumento de conocimiento para captar la vida y su cualidad para el hombre» y, agrega:

³ Nueva York, Estados Unidos, 1892-†1949.

⁴ Viena, Austria, 1882-†1960.

⁵ Psiquiatra nacido en Rusia, de origen judío-polaco, y residente, la mayor parte de su vida, en Francia. (1885-†1972)

[...] el único instrumento para medir la sintonía o el esquizoidismo es nuestra propia esfera afectiva, nuestra totalidad personal. De modo que al lado de un diagnóstico por razón se avanzará a un diagnóstico por sentimiento, por penetración, que trata de llegar al «alma» del enfermo, dejando de lado los conocimientos, tratando de «vivir» al otro y buscando lo esencial. (p. 337)

Según Novella y Huertas (2010), Minkowski señala como elemento fundamental del trastorno de la esquizofrenia la pérdida de contacto que se establece con la realidad.

Novella y Huertas (2010) entienden que esta es una enfermedad que implicaba antes que nada un *déficit pragmático* y una alteración del dinamismo mental derivada de un debilitamiento del *instinto vital* (élan vital). Al respecto, en palabras de Minkowski:

Se producía una pérdida de esa fibra sensible que nos permite vibrar al unísono con nuestros semejantes, que nos vincula con la personalidad íntima de cada uno de ellos, que permite compenetrarnos con ella y sentirnos uno con ella. El contacto personal está roto, la mirada ya no sabe fijarse en las personas del entorno en la medida en que la vida lo exige de nosotros, resbala de inmediato por encima y parte hacia las regiones desérticas y glaciales regidas por la inteligencia pura. (p.210)

Uno de los aportes más relevantes se lo debemos al psiquiatra alemán Kurt Schneider⁶. Su aporte más brillante se basa en la descripción de las claves para identificar la enfermedad a través de la observación de sus signos y síntomas. Schneider aisló una serie de experiencias psicóticas que denominó de primer rango; estas se caracterizaban por ser suficientes para detectar elementos que sugieren el diagnóstico de esquizofrenia con cierta seguridad. Este gran aporte lo formuló en su obra *Psicopatología Clínica*, de 1950, al referirse a los síntomas de primer orden que, según Schneider incluían:

La sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas

⁶ Crailsheim, Alemania. 1887-1967).

sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones. (Novella y Huertas, 2010, p. 209).

Asimismo, Schneider reconoció que los síntomas ubicados en el primer rango compartían un rasgo fenomenológico común que consiste en la pérdida de los límites del yo, aumentando la permeabilidad en la barrera entre el yo y el mundo externo. Schneider realizó aportes que hasta el día de hoy siguen siendo útiles a los clínicos (Novella y Huertas, 2010, p. 209).

Para Laplanche y Pontalis (1981) el estudio de la esquizofrenia recibe su aporte fundamental a partir de Bleuler⁷. Este último señala como síntoma fundamental de la esquizofrenia la disociación, término que fue utilizado tanto por la psiquiatría como por el psicoanálisis. Por otro lado, si bien existen concepciones distintas de esquizofrenia, todas ellas comparten rasgos comunes como los trastornos a nivel de pensamiento, de acción y de afectividad, reunidos bajo el nombre de discordancia, disociación y disgregación. También es característico el corte con la realidad, el repliegue sobre sí mismo y una rica y fantástica vida interior (autismo). La actividad delirante siempre aparece mal sistematizada y evoluciona a diferentes ritmos hacia un deterioro intelectual y afectivo.

Para Obiols y Vicens-Vilanova (2003), se comete un error al señalar a la esquizofrenia como una enfermedad con *etiología desconocida*, ya que a partir de la clasificación de Kraepelin de las llamadas *psicosis no orgánicas* en dos grupos, *dementia praecox* y psicosis maníaco-depresiva, se han producido numerosos avances.

Para Stefan y Murray (como se citó en Obiols y Vicens-Vilanova, 2003), «la esquizofrenia es enfermedad cerebral de origen genético y ambiental con factores de riesgo precisos y conocidos» (p.236). Los factores genéticos juegan un papel muy importante porque pueden aumentar las posibilidades del sujeto a desarrollar esquizofrenia. En ese sentido, los familiares de primer grado de una persona que padece esquizofrenia son más propensos a contraer la enfermedad que los de segundo grado.

En los últimos años, existe la postura de que la enfermedad sería producto de alteraciones en el desarrollo normal del cerebro. La alteración cerebral es innegable,

⁷ Eugen Bleuler, psiquiatra que hizo aportes significativos al estudio de la esquizofrenia. (Zollikon, Suiza, 1857-†1939)

pero aún no está determinado si son o no a consecuencia de los factores genéticos o ambientales.

Glen Gabbard, psiquiatra norteamericano, considera a la esquizofrenia como una enfermedad que no tiene una etiología definida, esto se debe a que hay muchos aspectos que contribuyen a la aparición del trastorno. En ese sentido, Gabbard (2002) habla de la importancia de la genética como un factor clave pero limitado, la transmisión genética de familiares directos es indudable, aunque solo aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad con respecto al resto de la población. Por lo tanto, el factor genético no es capaz de explicar por sí solo la etiología de la enfermedad, entonces, debemos poner el foco en otros aspectos que puedan tener su injerencia en el desarrollo patógeno. En ese sentido, destaca que aun ante la falta de consenso se debe considerar que algunos eventos ambientales funcionan como promotores de la enfermedad. Al decir de Kety, Olin y Mednick (como se citó en Gabbard, 2002) existen factores ambientales que aumentan el riesgo futuro a enfermar, sería el caso de lesiones producidas en el parto, infecciones virales en el período de embarazo, problemas de irrigación sanguínea intrauterina, factores de la dieta, falta de desarrollo y algunos traumas infantiles.

Considerando estas valiosas concepciones y a pesar de que a partir de 1950 se introdujeron los neurolépticos, la evolución de los estudios genéticos y el advenimiento de la tecnología permitió aplicar técnicas de neuroimagen. Aun así, el concepto clínico de la esquizofrenia sigue descansando en tres pilares fundamentales Kraepelin, Bleuler y Schneider (Novella y Huertas, 2010).

Formas clínicas de la esquizofrenia

En cuanto a las formas clínicas, debemos destacar que la más prevalente y con mayor consenso descrito por las nomenclaturas de referencia es la paranoide. No obstante esa aclaración, debemos consignar que, según Ey (1980), podemos dividir las formas clínicas de la esquizofrenia en Formas Graves (Hebefrenia y Hebefrenocatatonía) y en Formas Menores (Simple, Paranoide y Esquizoneurosis). Asimismo, es necesario mencionar que si bien el DSM IV (1977), presenta formas clínicas muy similares a las descritas por Ey existe alguna diferencia que ponemos de manifiesto a continuación.

- *La Hebefrenia* (descrita por Ey es equivalente al *Tipo desorganizado* descrito en el DSM IV), es considerada la forma clínica más grave. Su comienzo generalmente es insidioso y progresivo. Puede empezar de forma precoz en la adolescencia y evoluciona muy rápidamente, genera un deterioro muy acelerado en distintas áreas (desorganización del pensamiento). El acto de pensar requiere una serie de procedimientos que en estos sujetos está alterado, de modo que muestran dificultades para discriminar estímulos, sufren alteraciones en la capacidad de asociación.
- La otra forma grave en Ey es la *Hebefrenocatatonía*, equivalente al *Tipo Catatónico* en (DSM IV), existe un predominio de trastornos psicomotores, hoy en día es poco frecuente debido a la farmacología.
- Dentro de las formas menores encontramos la *Simple* de Ey, que es equivalente al *Tipo residual* en el (DSM – IV), es de progreso lento, corresponde a un cuadro clínico que presenta solo los denominados síntomas negativos. Falta de voluntad e iniciativa (abulia), indiferencia emocional (aplanamiento psíquico), falta de emoción y entusiasmo (apatía) y pobreza del habla (alogia).
- La forma *Paranoide* en Ey, equivale al *Tipo Paranoide* en (DSM IV), se caracteriza por la presencia de ideas delirantes que son relativamente estables. Esas ideas pueden ser de referencia (creo que hablan de mi), de persecución (estoy convencido que me persiguen), de celos, de transformación corporal

(me han introducido un chip), de tipo mágico (me han elegido para enviar un mensaje a la humanidad). Asimismo, el sujeto enfermo puede presentar alucinaciones de tipo auditivo, olfativas, gustativas, sexuales o de otro tipo.

- *Esquizoneurosis* (solo descrita por Ey): en esa forma clínica el sujeto se alterna entre dos modalidades de respuesta ante conflictos vitales, por un lado, el modo neurótico y, por otro lado, el modo psicótico que irrumpe mediante brotes.
- *Tipo indiferenciado* (solo descrito en DSM IV): se encuentran presentes los síntomas del criterio A, pero no se cumplen los criterios para diagnosticar el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
- *Tipo Esquizofreniforme* (solo descrito en, DSM IV): se cumplen los criterios A, B y C para la esquizofrenia y el episodio del trastorno dura aproximadamente un mes y menos de seis meses.

Capítulo II - Tratamiento

«La libertad lograda a partir de los abordajes de los síntomas positivos es condición *sine qua non* para los tratamientos psicosociales»

KEITH Y MATTHEWS⁸

Farmacología

Según Tajjima, Fernández, López, Carrasco y Díaz (2009), desde la segunda mitad del siglo pasado el tratamiento de la esquizofrenia ha sufrido una gran evolución a partir de la introducción de fármacos antipsicóticos, como la clozapina. Este avance permitió el desarrollo de antipsicóticos atípicos o de segunda generación como risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, sertindol y zotepina. Estos fármacos también han evidenciado una pequeña mejoría de los síntomas negativos, aunque producen molestos efectos secundarios (aumento de peso, hiperglicemia, y dislipemia). Pero a pesar del desarrollo farmacológico producido en los últimos años los antipsicóticos más importantes siguen constituyéndose en tres grupos básicos (típicos, atípicos y agonistas parciales dopaminérgicos). Estos fármacos actúan sobre los sistemas dopaminérgicos del cerebro.

Siguiendo a Tajjima *et al.* (2009), podemos decir que actualmente existen dos tipos de antipsicóticos: típicos y atípicos. Los típicos aunque son muy efectivos, también son responsables de niveles altos de efectos secundarios y solo un pequeño porcentaje de pacientes responde a este tipo de fármaco. Estos son suministrados a pacientes a los que se les indica medicación mediante inyectables, y los que responden positivamente a este antipsicótico con mínimos efectos secundarios. Por otro lado, los nuevos antipsicóticos, suministrados junto con las benzamidas y aripiprazol, aportan un gran avance en cuanto a los síntomas negativos, pero con efectos colaterales muy adversos que afectan la calidad de vida del paciente. En ese sentido, como sostiene Gabbard (2002), si bien los antipsicóticos tienen muchas limitaciones y generan efectos secundarios muy molestos para los pacientes, es un hecho que mejoran sensiblemente los síntomas positivos y previenen nuevas recaídas. En el mismo sentido, Ey (1980), aporta que el tratamiento de la esquizofrenia

⁸ Tomado de Gabbard (2002, p. 190).

ha sido profundamente modificado gracias al efecto de los medicamentos. Aunque en los planos bioquímicos y terapéuticos la acción de las quimioterapias aún no está clara, es innegable que han permitido que el tratamiento psicoterapéutico sea mucho más accesible.

Rehabilitación psicosocial

«Hoy en día la intervención de la enfermedad mental grave y crónica, principalmente la esquizofrenia, no puede entenderse si no es de un modo integral.»

9 Florit-Robles, A.

Los conceptos de salud y enfermedad son dinámicos y varían de acuerdo al momento sociohistórico en el que estemos parados. En el devenir de la historia los paradigmas en el campo de la salud se han complejizado; estar sano ya no es solamente ausencia de enfermedad. Según la OMS (1948), «La Salud es el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.» (párr. 1). Esto implica que para hablar de salud debemos considerar múltiples aspectos que giran en torno al sujeto. En ese sentido, como sostiene la OMS (2013), la salud mental:

[...] es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar en forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (párr. 1)

Por lo tanto, para poder trabajar en la recuperación de personas diagnosticadas con una enfermedad mental no basta con abordar únicamente aspectos biomédicos, también debemos atender aspectos psicosociales, conformando un abordaje que contemple múltiples aspectos que hacen a la salud del sujeto.

En el aspecto biológico debemos resaltar que, a mediados del siglo pasado, aparecen los primeros fármacos antipsicóticos para tratar la esquizofrenia. Pero estos

⁹ FLORIT, (2006 p. 223)

medicamentos estaban muy lejos de curar, solo ejercían sus efectos sobre los síntomas positivos, abordando solamente la dimensión biológica del paciente.

Una cuestión preocupante es que, si bien en las principales guías del tratamiento de la esquizofrenia existen recomendaciones de un abordaje psicosocial, el uso y la extensión de la psicoterapia es verdaderamente escaso, limitándose únicamente a controlar los síntomas positivos mediante la farmacología, sin dar una respuesta adecuada a la problemática (García, 2008).

Entonces: ¿qué es la rehabilitación psicosocial? y ¿qué beneficios tiene este abordaje para el paciente?

Según Bachrach (como cito en Gabbard, 2002), la rehabilitación psicosocial es un proceso terapéutico enfocado en impulsar y desarrollar las capacidades del sujeto mediante el apoyo ambiental y procedimientos de aprendizaje.

En el caso de que el paciente diagnosticado con esquizofrenia se encuentre en la fase aguda, para comenzar el proceso de rehabilitación la primera acción que debemos tomar es la hospitalización.

En esa situación extrema, el hospital funciona como un refugio seguro, evitando que se dañen o dañen a otros y ofreciendo una pausa en pos de una recuperación. Asimismo, el equipo de enfermería funcionará como un yo auxiliar y los fármacos aliviarán los síntomas positivos. Una vez estabilizado el paciente se puede comenzar el tratamiento psicoterapéutico grupal instituido y continuar luego del egreso del hospital en forma ambulatoria (Gabbard, 2002).

En conclusión, las intervenciones psicosociales tienen como objetivo principal trabajar sobre el impacto que generan los síntomas positivos y negativos en el sujeto diagnosticado con esquizofrenia. Asimismo, se pretende que el paciente y su familia adquieran un conocimiento adecuado de la patología y, de ese modo, favorecer una adecuada adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir nuevas recaídas, reparar habilidades sociales perdidas e impactar positivamente en la red social del sujeto y lograr que pueda generar estrategias para afrontar el estrés. Por todo lo manifestado consideramos que en este tipo de patologías la Terapia de Grupo ha demostrado ser el abordaje más indicado.

Capítulo III - Grupos Terapéuticos

[...] « Sería muy útil que los que determinan la política sanitaria en materia de salud mental, conocieran que los resultados de la psicoterapia grupal son tan eficaces como los de la psicoterapia individual, y que su coste es mucho menor. Y, que el abordaje grupal en diferentes patologías médicas ha mostrado que disminuye los costes, el número de consultas médicas y aumenta las expectativas de vida de los pacientes». Gómez, R.¹⁰

Nacimiento de un vocablo

Si bien en obras antiguas como *La República* de Platón y *La Política* de Aristóteles aparecen consideraciones de fenómenos colectivos, es a partir del siglo XX que comienza a producirse el conocimiento de fenómenos grupales (Gómez, s/f). A pesar de esta circunstancia, según Anzieu, citado por Fernández (1992), podemos afirmar que en las lenguas antiguas no se disponía de ningún término para referirse a un número reducido de personas asociadas por un objetivo común. Esto se debe a que el lenguaje surge como necesidad de las sociedades para aludir a representaciones que son simbólicamente relevantes en determinado momento sociohistórico.

Entonces, cabe preguntarnos: ¿qué hecho propició la necesidad de la palabra *grupo* como hoy la conocemos?

Como explica Fernández (1992), antiguamente la organización feudal no brindaba espacios para individuaciones, intimidades o pequeños grupos. Según Bois (1990), las sociedades feudales impusieron su orden social, económico y político desde el siglo IX al XV, etapa histórica conocida como la Edad Media. La vida en esa época se organizaba en feudos, grandes extensiones de tierra con edificaciones amuralladas y una marcada división de clases sociales. En la cima se encontraba el señor feudal (dueño de todo), le seguían los nobles (religiosos y caballeros) y, por último, los siervos y campesinos (productores). Pero en el siglo XV, esta forma de organización social, política y económica entra en crisis, fundamentalmente a causa del crecimiento demográfico, la escasez de recursos, las guerras y las epidemias. Estas circunstancias generan las condiciones propicias para que la revolución burguesa instale una nueva organización social, la *economía de mercado*, a partir de la cual la vida en sociedad se

¹⁰ (Gómez, s/f,p.18) El autor parafrasea conceptos de Bernard S.H (1996), “El futuro de la terapia”.

estructuraba en grupos familiares restringidos (Fernández, 1992). Estos hechos históricos contribuyeron a la aparición de un vocablo que pudiese describir a un pequeño número de personas que se encuentran ligadas entre sí.

En cuanto a la etiología de la palabra, según Fernández (1992), podemos decir que el vocablo *grupo* proviene del término italiano *gruppo* que remite al vocablo del antiguo provenzal *grop* que significaba *nudo* (cohesión) y al vocablo germano *Kruppa* que refería a una masa redondeada, con una clara alusión a lo circular. Asimismo, el término *gruppo* en sus comienzos era utilizado por artistas renacentistas para referirse a un conjunto de esculturas que adornaban los principales edificios de la época. Estas esculturas tenían una particularidad, su belleza y sentido no podían ser observadas de forma individual, debían ser contempladas en contexto, allí tomarían sentido en su todo. Posteriormente, el vocablo *grupo* empieza a ser utilizado con la acepción que conocemos hoy.

Primeros estudios en grupos

Uno de los primeros antecedentes sobre los estudios de los grupos fuera del campo clínico lo encontramos en Estados Unidos, impulsado por empresarios que buscaban comprender la dinámica de los grupos de trabajo, con el fin de maximizar la producción de sus compañías. Según Fernández (1992), en el año 1924, se le encomienda a Elton Mayo estudiar el funcionamiento de los grupos humanos en los talleres de la Western Electric Company.

Mayo realizó una serie de experiencias obteniendo los siguientes hallazgos: en primera instancia observó que los empleados espontáneamente conforman grupos informales, con organización y vida propia. Asimismo, en ese grupo informal se generan vínculos entre ellos, con los superiores y con las normas de la empresa. Elton Mayo inscribe aquí las primeras ideas de grupo como personas que se encuentran ligadas entre sí por algo en común y concluye que el mayor rendimiento se relaciona especialmente con la interacción afectiva entre los trabajadores más que por las propias condiciones de trabajo. Aunque Mayo no lo explicita vemos en sus consideraciones el comienzo de la idea de que el grupo genera un plus, es más, que es la suma de las partes¹¹.

En ese sentido, Kurt Lewin introdujo al estudio de los grupos los principios de la *Gestaltheorie*, explicitando la idea de que en ciertas condiciones «el todo es más que

¹¹ Este es un concepto que va a desarrollar años más tarde Kurt Lewin que, como señala Lacouture (1996), fue un destacado psicólogo nacido en Prusia, perteneciente a la escuela de Berlín, y que en 1933 se radicó en los Estados Unidos donde formó el *Centro de Investigación de la Terapia de Grupo*.

la suma de las partes». Entre sus principales aportes podemos destacar conceptos como la *Teoría del campo*, la *dinámica de grupo* y la *investigación acción*. (Lacouture, 1996)

Siguiendo a Díaz (2000), la *Teoría de campo* refiere a que el organismo siempre actúa en relación con un determinado ambiente, algo que sucede en este instante, aquí y ahora, pero en constante relación con elementos pertenecientes al campo total. Entonces Lewin considera que la acción individual surge a partir de la estructura que se establece entre el individuo y su ambiente en un momento determinado (Fernández, 1992). Por lo que el grupo con su ambiente constituye un campo de fuerzas dinámico donde los principales elementos están constituidos por subgrupos, miembros y canales de comunicación.

En cuanto a la *dinámica de grupo*, podemos decir que surge a partir de tres disciplinas: psicología social, psicología individual y sociología. Los integrantes del grupo aprenden técnicas de manejo y participación dentro de él. Se invita a que los participantes interactúen en función de lo que les sucede para provocar que sean más tolerantes las interacciones del grupo (Díaz, 2000).

Asimismo, Lewin introduce el método de investigación - acción con el objetivo de generar cambios sociales como explica Fernández (2000). En 1938 pone en marcha el método experimental donde lleva adelante experiencias con grupos de niños. Bajo la hipótesis de que la frustración ocasiona la agresión generó tres climas sociales distintos en los grupos: autoritario, democrático y *laissez faire*. Obtuvo como resultado que las reacciones agresivas varían según el estilo de coordinación. En el contexto de la segunda guerra mundial, comprobó que en el clima democrático la tensión es menor y la agresividad se descarga de forma gradual. Años más tarde, en 1943, estudia la modificación de costumbres alimentarias, trabaja la resistencia al cambio; en ese momento las amas de casa no incluían achuras en la dieta doméstica y se hacía necesario modificar ese hábito ya que las tropas en guerra demandaban grandes cantidades de carne para su alimentación. En esa experiencia descubre que tomar una decisión en grupo compromete más a la persona que si se la tomara en forma individual (Gómez, s/f).

Lewin define a los grupos como «un conjunto de personas interdependientes, un todo cuyas propiedades son diferentes a la suma de las partes y plantea que su organización incluye además de los miembros, los objetivos y las normas» (Gómez, s/f, p. 2).

Hacia la terapia de grupo

Existe una amplia coincidencia en autores de referencia como Fernández (1992), Badaracco (2000) y Díaz (2000) acerca de que el internista norteamericano Joseph Hersey Pratt es el primero en desarrollar un abordaje colectivo con fines terapéuticos. El primero de julio de 1905 Pratt dicta clases de higiene a un grupo de personas que padecían tuberculosis. En esta primera experiencia, el técnico asume un papel paternalista, las sesiones se desarrollaban en un clima de solidaridad y cooperación entre sus integrantes. Observó que el proceso grupal poseía dos cualidades importantes, por un lado, economizaba los tiempos y, por otro lado, por sí solo el grupo generaba efectos terapéuticos. Luego del impulso inicial de Pratt, esta práctica de grupo comenzó a extenderse tal como lo explica Díaz (2000). Buck lo aplicó a pacientes con hipertensión arterial, Chappel lo hizo con personas que padecían úlcera gastroduodenal. Lazell, en el año 1921, trabajó el método grupal con pacientes maníaco depresivos, diagnosticados con esquizofrenia, y observó que cuando el paciente se expresa con libertad en un grupo habla de su totalidad y no de su patología puntual. Entre los aspectos que aportan a la mejora de los pacientes, podemos destacar que el coordinador debe brindar información de calidad sobre la patología y la importancia del apoyo a personas que transitan patologías similares. Asimismo, Cody Marsh, psiquiatra y ministro religioso, introdujo en el año 1931 grupos terapéuticos con pacientes con esquizofrenia

Trigant Burrow en 1927 utilizó pequeños grupos informales de discusión, con la particularidad de que participaban familiares, pacientes y otros colegas (Badaracco, 2000).

Luego de esta primera etapa, donde el coordinador asume una figura paternalista idealizada por el grupo, comienzan a nacer otras formas de concebir y conducir a los grupos terapéuticos. En ese sentido, aparecen terapias que si bien actuaban por el grupo presentan una diferencia en el rol del coordinador. Ahora, se apartaban del lugar del *saber* para ubicarse a un mismo nivel que el resto del grupo, para formar una estructura fraternal. Un ejemplo de esta manera de concebir los grupos son los Alcohólicos Anónimos, surgidos en el año 1935. Esta terapia tiene como objetivos fundamentales potenciar la solidaridad, la humanidad y colaboración entre sus miembros, de modo que un alcohólico reformado podrá influir y generar lazos más fuertes con otro que busca recuperación. En este tipo de terapia ambos salen beneficiados, el exalcohólico se relaciona con su alcoholismo desde otro lugar, desde

un lugar de éxito, y la persona que busca recuperación observa que es posible superarlo.

Según Fernández (1992), estas primeras formas de psicoterapia *actúan por el grupo*, esto significa que utilizan las emociones del grupo sin intentar comprenderlas, buscan la solidaridad de los integrantes con fines terapéuticos. En ellas el coordinador asume un rol paternal o fraternal dentro del grupo. Estos métodos se denominan *terapias exhortativas parentales*.

Primeras aplicaciones del psicoanálisis a los grupos

Los pioneros en introducir el psicoanálisis a las terapias de grupos fueron Slavson, Schilder y Klapman. (Fernández, 1992). Según Gómez (s/f), Slavson se inició como educador y trabajador social y se autoformó como psicoterapeuta. En 1948 fundó la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo. Este autor consideraba que para obtener una interpretación válida del grupo sus integrantes debían presentar características comunes en cuanto a problemática, sexo, edad, diagnóstico y nivel socioeconómico.

Schilder fue director del Hospital Psiquiátrico Bellevue y docente en la Universidad de New York. Se planteó como objetivo principal de la terapia lograr el *insight* del paciente dentro del grupo. Observó que en las terapias grupales se pueden hallar las mismas problemáticas que en la terapia individual: ansiedad, culpa y dependencia. Es considerado uno de los primeros psicoterapeutas de grupo debido a que comienza a interpretar fenómenos transferenciales y sueños dentro del grupo (Gómez, s/f).

Como ya hemos visto, estos autores tomaron fundamentos teóricos y técnicos del psicoanálisis individual para introducirlo en la situación grupal. Esto trajo aparejado un problema, ¿a quién o qué interpretar en el grupo? Slavson y Klapman optaron por uniformizar el grupo, de modo que la interpretación valga para todos o para la mayoría. A esta forma de concebir la terapia de grupo se la denominó *Terapia interpretativa individual en grupo*. Sin embargo, otros psicoanalistas optaron por la *Técnica Interpretativa de Grupo*. Esta corriente busca interpretar al grupo, concibiéndolo como una totalidad y explica los fenómenos del aquí y ahora que surgen en el seno de él. (Fernández, 1992).

Psicoterapia psicoanalítica de grupo

En esta etapa los coordinadores de los grupos se van a centrar más en el colectivo, en el plus grupal, volcando la interpretación al grupo. Los principales exponentes en esta etapa son Bion, Taylor, Ezriel y Foulkes pertenecientes a la Escuela Inglesa. Por otro lado, se destacan autores como Pichon Rivière, Langer y Rodrigué de la escuela Argentina y por último la escuela francesa con representantes como Anzieu, Kaës, Pontalis y Bajarano (Gómez, s/f).

Escuela Inglesa

Según Bianchi (s/f), Wilfred Ruprecht Bion, un importante psiquiatra y psicólogo nacido en 1897 en la ciudad de Mutra, India, hijo de madre india y padre Inglés, a los 8 años, en 1905, fue enviado a estudiar a Inglaterra donde desarrolló toda su obra.

Bion estuvo a cargo del hospital de Northfield, donde atendía pacientes con neurosis afectados por la guerra (Bianchi, s/f). En el hospital, según Fernández (1992), Bion estaba a cargo de cuatrocientos hombres indisciplinados, un número tan elevado que hacía imposible la psicoterapia individual. Tuvo la idea de pensar al grupo como una comunidad, y también de considerar la actitud de los soldados como una resistencia, por lo cual decidió no intervenir y solo limitarse a realizar aclaraciones verbales de los emergentes grupales. Buscaba con esto generar conciencia de sus dificultades y constituir un grupo que pudiera ser capaz de organizarse por sí mismo.

Según Bléandonu (1999), para Bion la vida mental de un grupo tiene dos categorías que coexisten en todos los grupos, por un lado, como *grupo de trabajo* persigue su objetivo de manera realista. En este caso, el grupo puede ser conducido por distintas herramientas teóricas con éxito. Pero, por otro lado, cuando surgen los componentes que son irracionales en el grupo se hace necesario trabajarlo mediante el método psicoanalítico. Existen actividades mentales que pueden obstruir la marcha racional de los integrantes del grupo, esos eventos obstrutores poseen una gran fuerza afectiva que dejan en segundo plano al buen razonamiento. Este estado racional fue teorizado por Bion como supuestos básicos, los cuales clasificó, según lo explica Bianchi (s/f), de la siguiente manera:

- 1) Supuesto básico de dependencia: los integrantes del grupo sostienen la convicción inconsciente de que están reunidos para que alguien, del cual el grupo depende en forma absoluta, satisfaga todas las necesidades y deseos de cada integrante; se reúnen con el objetivo de lograr el sostén de un líder.

- 2) Supuesto básico de ataque y fuga: el grupo sustenta la idea que existe un enemigo que puede estar dentro o fuera del grupo del cual es necesario huir o atacar. En los grupos terapéuticos el enemigo puede ser el coordinador o un miembro del grupo.
- 3) Supuesto básico de apareamiento: el grupo comparte la creencia de que no importa cuál es el problema del grupo, algo o alguien en el futuro podrá resolverlo. La esperanza es lo que alimenta este supuesto básico.

Estos supuestos básicos son estados emocionales con los que el grupo busca defenderse de cualquier posibilidad de evolución. El grupo, cuando se encuentra sometido a los supuestos básicos, presenta similitudes con el neurótico que busca mejorar, pero que, a su vez, encuentra cierto goce con su comportamiento neurótico.

Otro concepto importante que tiene conexión con los supuestos básicos es la mentalidad de grupo que hace referencia a su voluntad, según Bion (Bianchi, s/f). Los miembros la formulan de forma inconsciente y se genera malestar cuando se piensa o actúa en desacuerdo con el supuesto básico. Esto implica que los sujetos constituyen un mecanismo diseñado para que el grupo funcione de acuerdo al supuesto básico.

Otros conceptos importantes acuñados por Bion son el de *valencia* y el de *buen espíritu de grupo*. En cuanto al primero, según Bianchi (s/f), Bion identificó como *valencia* la capacidad del individuo para combinarse con otros en forma espontánea donde aparecen fantasías primitivas en consonancia con la conducta que establece los supuestos básicos. Si la capacidad para combinarse es grande, se considera valencia elevada y si es pequeña, valencia baja. En cuanto al *buen espíritu de grupo* deben darse las siguientes condiciones: existir un proyecto común, reconocer los límites del grupo, la capacidad para absorber nuevos miembros y perder otros, debe existir libertad entre los subgrupos internos y estos deben ser reconocidos dentro del grupo principal. Asimismo, los miembros son valorados por su aporte al grupo y tienen libertad de movimiento, deben contar con tres personas como mínimo y la capacidad y los medios para enfrentar el descontento.

Siguiendo los aportes de Bion, encontramos a Ezriel que agrega que al observar el comportamiento de los miembros del grupo podemos encontrar un común denominador en el cual basar los procesos transferenciales. En ese sentido, propone indagar sobre el lugar que los integrantes del grupo le otorgan al terapeuta y la relación que buscan establecer. Taylor, otro autor de la escuela inglesa, observa el fenómeno grupal del *chivo emisario*, haciendo referencia a la actitud que toma uno de los miembros influido por el resto del grupo y cómo, cuando este lo hace, el resto se comporta como espectadores. Taylor marca que en ese caso el terapeuta debe hacer consciente que esa actitud subyace a la participación de todos (Gómez, s/f).

Por otro lado, y también siguiendo a Gómez (s/f), encontramos a Foulkes, psicoanalista alemán que desarrolla su trabajo en el Reino Unido a partir del año 1933 y fue el creador de la psicoterapia grupoanalítica. Para Foulkes, "el individuo humano nunca está aislado, la psicoterapia de grupo le arranca de su red primaria familiar y le mezcla con otros, formando un campo de interacción en el que cada sujeto empieza de nuevo" (Gómez s/f p. 12). Organizándose a partir de allí una matriz grupal construida por las relaciones afectivas grupales (Gómez, s/f).

Asimismo según Díaz (2000), Foulkes equiparó las comunicaciones grupales con la asociación libre de la terapia individual. Y observó que la transferencia en el grupo se da con menos intensidad que en la terapia individual y se desarrolla en un plano *horizontal* de actualidad, a diferencia del abordaje individual que se da con un carácter regresivo, *vertical*, con referencia al pasado.

Según Gómez, (s/f) para este autor la tarea del terapeuta consiste en hacer consciente los aspectos inconscientes, explicitando las múltiples transferencias grupales para que sean analizadas por el propio grupo. Asimismo manifiesta que el rol del terapeuta se asemeja a un observador participante que interpreta, pregunta y hace señalamientos para facilitar la función simbólica del grupo. En otra de sus concepciones sostiene que la enfermedad mental sustenta sus bases a partir de experiencias familiares tempranas, inmersas en una historia generacional y social, por este motivo, considera que el tratamiento más recomendable para este tipo de patologías es el de las terapias de grupo.

Escuela Argentina

Por otra parte, en Argentina, Pichon Rivière fue otro autor que brindó importantes aportes sobre la terapia de grupo. En 1947 coordinó grupos terapéuticos con enfermos del Hospital de Neuropsiquiatría y en 1954 funda la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (Díaz, 2000). Siguiendo a Gómez (s/f), podemos decir que, en el año 1948, Pichon Rivière empieza a trabajar con la *Técnica operativa de grupos*. Piensa al grupo como un todo y contribuye al estudio de los grupos con importantes conceptos como tarea, emergente y grupos internos.

El grupo se organiza en función de una tarea, no se constituye sin una tarea. El grupo hará frente a ella según el aprendizaje obtenido de experiencias grupales anteriores, como la familia. Por otra parte, para Pichon la tarea presenta un registro manifiesto y otro latente. En los grupos terapéuticos la tarea es el análisis de los grupos internos de los miembros, la tarea, cuando se explicita, lleva a la curación, mientras que lo latente se vincula con los grupos internos, fantasías y resistencia al

cambio. Otro aporte de Pichon es la noción de emergente, es decir aquello que surge como un síntoma del grupo y se puede entender como un punto de encuentro, un cruzamiento entre una situación particular, que puede ser una historia individual, y algo proveniente del desarrollo del grupo en un momento dado. Esta noción de Pichón podría saldar la dicotomía entre lo individual y lo colectivo.

Para Pichón (1985a), en el análisis de los procesos transferenciales de pacientes psicóticos, se hace evidente la existencia de objetos internos que se articulan por un complejo proceso de internalización. Esta situación se asemeja a una representación teatral, como si en el interior del sujeto se estuviera desarrollando una obra de teatro que, por otra parte, constituye su *mundo interno* sobre el cual se intenta reconstruir el mundo externo, la realidad exterior. Pero esto no es tan simple, según Pichón (1985a), «los objetos y los vínculos aparecen con modalidades diferentes por el fantaseado pasaje desde el “afuera” hacia el ámbito intersubjetivo, el “adentro”». (p.11)

Asimismo, el mundo interno es un sistema en el cual los objetos y las relaciones interactúan y se retroalimentan, al mismo tiempo que interactúan con el medio. La calidad de la relación que se establece entre la interacción interna y externa determina los criterios de salud y enfermedad (Pichón, 1985a).

Por otra parte, Pichón (1985b) estudia al sujeto incluido dentro de un grupo. En ese sentido, recoge datos provenientes del mundo externo con el fin de obtener información relevante para conocer qué sucede en el adentro del paciente, cuáles son las causas que lo presionan y que terminan generando cierta ruptura del equilibrio psíquico. En base a esto es que hipotetiza que la aparición de la psicosis en uno de los miembros de la familia surge como emergente de una enfermedad mental de todo el grupo familiar y, de alguna manera, este miembro es el que asume la pérdida del equilibrio psíquico familiar a través de la patología, convirtiéndose en el miembro más fuerte.

Asimismo, Langer y Rodrigué consideraban al grupo como integración de distintos elementos que conforman una totalidad gestáltica. Aplicaron al grupo las técnicas del psicoanálisis, interpretando la transferencia directa que surge en el aquí y ahora del grupo, al grupo como un todo, a las fantasías subyacentes, roles y actitudes de los miembros del grupo hacia otros miembros y hacia el terapeuta (Gómez s/f).

Escuela Francesa

Dentro de este grupo tomaremos los aportes realizados por los psicoanalistas Anzieu, Kaës, Pontalis y Bajarano. Estos argumentan que los terapeutas de grupo hasta ese momento realizaban un psicoanálisis aplicado al grupo. Ellos comienzan a

trabajar los grupos como un lugar de descubrimientos, de formaciones del inconsciente.

Anzieu, en 1971, manifiesta que un grupo funciona como intermediario entre individuo y sociedad y que se pueden observar fenómenos grupales a partir de aquellos constituidos por cuatro miembros. Asimismo, plantea que en la resistencia al cambio surgen determinadas ansiedades en el proceso grupal. Identifica la ansiedad depresiva y la ansiedad paranoide que suelen manifestarse cuando aparecen dos subgrupos. El líder del grupo es el portavoz de la resistencia que en ese movimiento expresa la resistencia del resto del grupo. Estas resistencias se deben interpretar para que el grupo deje la fusión materna (narcisismo primario) y pueda acceder a lo simbólico con relaciones de objeto verdaderas. Destaca que para poder trabajar esa resistencia al cambio hay que enfocarse en las fuerzas opositoras al cambio, con información y haciéndolos partícipes de las decisiones (Gómez, s/f).

Otro de los importantes aportes provienen de Kaës y Anzieu (1979) quienes en la obra conjunta *Crónica de un grupo* realizan observaciones sobre la composición y los procesos que participan en la formación de un grupo. Anzieu asume el rol de monitor y Kaës de observador.

En esta obra se destaca la noción teórica de la *Formación del Aparato Psíquico Grupal*, que funciona en otro espacio distinto al del sujeto singular, un espacio donde los sujetos se reúnen y se ligan entre ellos, se juntan, se diferencian, se oponen, se desligan (Kaës y Anzieu, (1979).

El aparato psíquico grupal no está organizado como la psique individual pues no tiene las mismas tópicas, economía ni dinámica. Por lo tanto, no es posible hacer una simple extrapolación de los procesos individuales al grupo. Asimismo, concibió la idea de que existen ciertos organizadores psíquicos comunes que se desarrollan cuando los sujetos se ligan, se agrupan. A esos organizadores los llamo *grupos de adentro o grupos internos*. A su vez, esos organizadores son ligados y transformados por el trabajo grupal (Jaroslavski, 2016).

Bernard (1995) sostiene que el principal aporte de Kaës para el psicoanálisis grupal es el concepto de *grupos internos*, como organizadores de la representación grupal. Agrega que no habrá grupalidad sin que se desarrollen estos organizadores, poniendo en escena los deseos inconscientes y la posibilidad de investir objetos de la grupalidad.

Según Kaës, citado por Bernard (1995), se deben cumplir tres condiciones para la existencia de los grupos internos: pluralidad de elementos distintos, ligazón entre esos elementos y deseos inconscientes que dan forma y consistencia a los objetos.

En un grupo terapéutico, los integrantes desean aquello que ponen en escena y pretenden modificar mediante el grupo, lo cual da lugar a la transferencia neurótica. Para arribar al *mundo interno* de estos sujetos debemos contar con herramientas teóricas capaces de trabajar sobre un sujeto con un alto nivel de identidad logrado.

Elementos comunes de la terapia de grupo

Gabbard (2002), realiza un trabajo de recopilación de elementos comunes que se dan en la terapia de grupo. En cuanto a la frecuencia, la mayoría de los grupos se reúnen una vez por semana, con duración horaria que puede variar entre setenta y cinco y noventa minutos. Asimismo, según Sadock, citado por Gabbard (2002), en promedio, la psicoterapia grupal integra de ocho a diez miembros. Los grupos integrados por sujetos con problemáticas similares raramente pasan los niveles superficiales de interacción. Existe consenso acerca de los grupos heterogéneos y de los conflictos de sus integrantes en cuanto que son más ventajosos, pero deben tener fortalezas yoicas similares, de lo contrario, se tornaría disfuncional y sería imposible cumplir los objetivos terapéuticos.

Para Bernard (1995), en un grupo terapéutico pueden observarse algunas cuestiones; desde las primeras sesiones se observarán fenómenos de ilusión grupal, fantasías primitivas. En esta etapa se desarrollarán los supuestos básicos de Bion, (dependencia, ataque y fuga y de apareamiento). Luego de transcurridas algunas sesiones comenzará a instalarse la neurosis de transferencia, se deja de lado los procesos regresivos para desarrollar su identidad y problemática actual en el contexto grupal. Por lo tanto, comienza un análisis de esa neurosis transferencial desplegada en el aquí y ahora. Entonces, la identidad personal se construye a partir del grupo interno con el cual está identificado.

Asimismo, agrega Gabbard (2002), una de las cosas más importantes de la psicoterapia de grupo es que permite la aparición de múltiples transferencias. En ese sentido, observamos que los integrantes del grupo dirigen su transferencia hacia el terapeuta. También se despliega otra transferencia que es la que realizan los integrantes del grupo terapéutico hacia otros integrantes y, por último, la efectuada hacia el grupo como un todo donde el terapeuta es visto como una madre idealizada.

Abordajes terapéuticos grupales más usados para trabajar con personas diagnosticadas con esquizofrenia.

«La transferencia, elemento esencial de la psicoterapia, lejos de ser imposible para el esquizofrénico es, por el contrario, masivo, difuso e invasor»

RECAMIER, P.¹²

Siguiendo a Fontao, Ross, Quiroga y Hoffmann (2010), podemos dar cuenta de las principales modalidades que existen para trabajar la esquizofrenia en el marco de una psicoterapia de grupo:

Grupos de habilidades sociales

Este grupo enfoca su trabajo en la adquisición de habilidades sociales y se encuentra organizado en cuatro módulos: 1) manejo de medicación, 2) manejo de los síntomas, 3) tiempo libre y recreación y 4) habilidades básicas para el desarrollo de una conversación. Los sujetos que participan de este tipo de tratamiento obtienen una mejora significativa en la autonomía de la vida cotidiana, en la mejora de la autoestima, en la capacidad de adaptación, en la calidad de vida y en el manejo de sus síntomas.

Grupos psicoeducativos e intervención familiar

Este modelo, en primer término, propone realizar sesiones grupales con familiares y posteriormente sesiones donde participen los familiares y los pacientes. Se trabajan los aspectos biológicos de la patología, el tratamiento, el manejo sintomático y se ayuda a generar estrategias de afrontamiento. El objetivo de este tipo de grupo es ofrecer sostén a pacientes y familiares para evitar la culpa en la familia, fomentar adherencia a la medicación, adaptar el tratamiento de acuerdo a las necesidades del sujeto y su familia, generar visiones a largo plazo y esperanza por un futuro mejor.

Grupo de compensación de deficiencias cognitivas

Este abordaje grupal consta de cinco módulos, los tres primeros trabajan sobre la parte cognitiva: 1) diferenciación cognitiva, 2) percepción social y 3) resolución de

¹² Citado en Ey, Bernard y Brisset, CH. (1980), p. 534.

problemas interpersonales. La segunda parte trabaja sobre la parte conductual; el módulo 4) busca mejorar las habilidades sociales y el 5) se ocupa de la resolución de problemas interpersonales. El formato es grupal y el trabajo será intenso con una frecuencia de tres veces a la semana. Este tipo de abordaje ayuda a mejorar las habilidades sociales del sujeto.

Grupos cognitivos y cognitivo – conductuales

En este grupo las intervenciones más frecuentes apuntan a conocer su realidad subjetiva para modificar sus creencias centrales, normalizar la experiencia psicótica, entrenar habilidades de afrontamiento de la enfermedad. También se utiliza la técnica de prescripción y exposición de tareas. Este abordaje estabiliza los síntomas positivos, mejora el *insight*, la disforia y genera una mejor adherencia al tratamiento.

Grupos de orientación psicodinámica e interpersonal

Los objetivos terapéuticos de este abordaje son: el manejo de síntomas positivos y la mejora de las relaciones interpersonales. El grupo es abierto y debe contar con un mínimo de tres y un máximo de ocho personas. Se realizan al menos tres sesiones semanales de 45 minutos. En este grupo se trabaja mediante discusiones abiertas, los temas son propuestos por los pacientes al comienzo de la sesión, siempre y cuando el tema sea significativo para el grupo, de lo contrario, el terapeuta propone un tema que sea relevante tratar. Se busca que todos los integrantes del grupo participen y, entre otras cosas, compartan sus estrategias de afrontamiento de la patología. Los temas más habituales que se trabajan en el grupo son: el manejo de síntomas psicóticos y las relaciones interpersonales privilegiándose los temas del aquí y ahora. En cuanto a la técnica terapéutica, se parte de lo general a lo particular, se comienza la discusión de un tema muy general para luego llegar al plano individual. Por ejemplo, una vez introducido el tema se busca que todos opinen por más mínima que sea su intervención. Asimismo, algunos terapeutas prefieren trabajar con un coterapeuta en la psicoterapia de grupo, lo cual es una forma de dividir la transferencia que recibe el terapeuta. Debemos agregar que se trabaja sobre los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que en este tipo de grupos se da en distintos planos, a saber entre pacientes - terapeutas, pacientes - otros pacientes y sobre el grupo como un todo. Cabe destacar que el hecho de discutir experiencias similares dentro del grupo, genera un gran efecto terapéutico, a la vez que potencia el aprendizaje interpersonal. Asimismo, hablar con otros ayuda a adquirir y mejorar herramientas interpersonales, disminuyendo sentimientos de soledad que son habituales en estos pacientes.

Beneficios de la terapia de grupo para tratar sujetos diagnosticados con esquizofrenia.

Durante los últimos años se ha evidenciado que las intervenciones psicosociales constituyen un elemento clave para mejorar la calidad de vida de los sujetos diagnosticado con esquizofrenia. En ese sentido podemos decir que la terapia de grupo es uno de los abordajes que ha mostrado más beneficios a la hora de trabajar en la recuperación de dicha patología.

Siguiendo a Miller & Manson (como se citó en García & Chávez, 2011) podemos decir que tan solo hecho de integrarse a un grupo ya constituye un elemento terapéutico, disminuye el aislamiento, eleva la confianza y genera un importante apoyo de sus iguales. Por su parte, Abiston *et al.* (García & Chávez, 2011) sostienen que el abordaje grupal psicoterapéutico genera la posibilidad de dar significado a experiencias subjetivas. A su vez, posibilita el diálogo, el intercambio de opiniones, aclarar consultas, resolver problemas y mejora las relaciones empáticas. Todos estos elementos permiten dejar atrás egocentrismos, sentimientos de soledad, de inseguridad y desconfianza. Cabe destacar que a través de la participación grupal se puede acceder a la desingularización de la psicosis; mediante la escucha de vivencias de similares características el sujeto comprende que no es la única persona que atraviesa esas situaciones. Esto es importante para cuestionar sus identidades psicóticas e impedir que el sujeto se identifique con sus experiencias delirantes.

Por otra parte, el grupo genera un minicontexto social que eleva la esperanza de obtener logros sociales fuera del grupo. De ese modo, el grupo terapéutico constituye el contexto ideal para trabajar habilidades sociales que se visualizan en el aumento de la autonomía y la adaptación dentro del grupo. Realizar esta terapia también ayuda a detener el deterioro, pues genera herramientas para afrontar la realidad de la enfermedad evitando que se encierre en su rótulo de enfermo mental. Cabe destacar que los pacientes logran la adquisición del *insight* que permite el autoconocimiento, constituyéndose en un elemento diferenciador de este abordaje (García & Chavez, 2011). Por último, pero no menos importante, según Ey (1980) la terapia de grupo se torna muy importante a la hora de generar adherencia al tratamiento farmacológico.

Capítulo IV - Consideraciones finales

Los hombres en épocas no muy lejanas según Márquez (2010), consideraban a la salud mental como una condena, a los padecientes culpables y a los cuidadores inquisidores que liberaban de ese mal a la sociedad. Esta circunstancia evidencia que los conceptos salud y enfermedad son construcciones sociales y culturales en constante cambio. En ese sentido vemos que en los últimos años el desarrollo de la ciencia y el conocimiento han permitido un cambio de perspectiva sobre la enfermedad mental. En el caso de la esquizofrenia, el desarrollo del tratamiento se lo debemos a la introducción de los antipsicóticos a mediados del siglo pasado, estos fármacos mostraron una gran efectividad en la reducción de los síntomas positivos, aunque con efectos secundarios y una acción casi nula sobre los síntomas negativos. Esta situación favorable también esconde un aspecto que nos parece preocupante, en ese sentido la inhibición de los síntomas más temidos y notorios como las alucinaciones y delirios hacen que la gran mayoría de los pacientes y sus familiares dejen el tratamiento por allí, en lo farmacológico. Esto nos habla que gran parte de nuestra sociedad aún continúa arraigada a viejos paradigmas científicos, a una visión biomédica hegemónica de la enfermedad. Esta perspectiva no es fácil de cambiar, y por otro lado no hacen otra cosa que condenar al sujeto al silencioso sufrimiento que producen los síntomas negativos no tratados, responsables de efectos incapacitantes, como el mal funcionamiento social, problemas escolares, laborales y relacionales. Esta problemática es realmente compleja, pues el hombre es un ser social por naturaleza, crece y se desarrolla interrelacionándose con el medio. Por lo tanto nos parece de vital importancia trabajar en la reducción de los efectos negativos y estigmatizantes de la enfermedad mental, que obstaculizan enormemente la proyección de una vida digna.

Para trabajar en la rehabilitación de estas áreas consideramos que la Terapia de Grupo es el recurso psicoterapéutico más indicado. Pues se ha evidenciado que el espacio grupal genera una alta contención, favorece la disminución de sentimientos de soledad, discriminación y exclusión. Asimismo, el compartir vivencias en común favorece los procesos de identificación que contribuyen a la sociabilización.

También debemos considerar otro de los aspectos importantes a la hora de pensar en la rehabilitación psicosocial integral. En ese sentido, quisiera reflexionar

sobre la “estigmatización”, ya que este es uno de los elementos que construimos socialmente y que constituyen un gran obstáculo para lograr en una recuperación real de una persona diagnosticada con una enfermedad mental. En primer lugar debemos mencionar el impacto subjetivo que suele tener un diagnóstico de esquizofrenia. A menudo la sola palabra “*esquizofrenia*” es vivida con un profundo rechazo, incluso cuando ni siquiera conocemos de qué se trata. Entonces cabe preguntarnos: ¿Qué acciones ejercemos para condicionar de forma tan negativa esta patología?, ¿Qué responsabilidad tenemos como sociedad? y ¿Cómo podemos superarla?

Según Florit – Robles (2006) la palabra *estigma* viene del griego y significa atravesar, hacer un agujero (p. 225). Consideramos que detrás de la estigmatización social de la esquizofrenia, se encuentra el mal uso del lenguaje, información errónea y desconocimiento.

Siguiendo a Pérez *et al.* (2015), podemos decir que los medios periodísticos son una de las principales vías de comunicación para la población, constituyéndose como formadores de opinión. Algunos estudios han demostrado que estos medios frecuentemente desarrollan un lenguaje erróneo, desinformando y reforzando estereotipos. Por ejemplo, se ha utilizado el término esquizofrenia como sinónimo de incoherencia, desorden, inestabilidad y desequilibrio. Asimismo, Pérez *et al.* (2015), investigó la relación que existe entre la esquizofrenia y las noticias en los principales medios de comunicación. Obtuvo como resultado que un 38 % de las noticias referidas a ésta patología se vinculaba con actos delictivos, destinándose tan solo el 12.4 % para la divulgación científica acerca de ella. Este hecho es preocupante, refuerza fuertemente el estereotipo de personas diagnosticadas con enfermedades mentales, imaginándolas ineptas, poco fiables, impredecibles y peligrosas. Este tipo de conductas sociales suele convertirse en obstáculos muy difíciles de sortear a la hora de pensar en la recuperación psicosocial de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

La solución a la situación planteada evidentemente no es tarea sencilla y seguramente cueste mucho tiempo. Pero como sociedad debemos comenzar a transitar el camino para modificar comportamientos profundamente violentos y contraproducentes a la hora de pensar en la rehabilitación de personas que padecen una determinada patología mental. Es en ese sentido, que debemos hacernos cargo como sociedad, desnaturalizar etiquetas, modificar conductas, mostrar una actitud más activa por parte de los profesionales de la salud Mental, defender los derechos humanos de los pacientes y hacer un buen uso del lenguaje.

En conclusión sostenemos que para pensar en una verdadera recuperación de los sujetos diagnosticados con esquizofrenia, debemos trabajar de forma interdisciplinaria fundamentalmente sobre aspectos farmacológicos y terapéuticos pero considerando el entorno social. Buscando generar cambios sociales que faciliten la reinserción laboral, social y familiar. Para ello debemos cambiar la perspectiva como sociedad y visualizar a la persona diagnosticada con esquizofrenia como un sujeto de derechos y no como un sujeto de caridad o merecedor de nuestra lástima. Consideramos que ésta es la forma más humana con la que podemos contribuir a la recuperación del sufrimiento de una madre, un padre, un hermano, un amigo, o un vecino y no de un esquizofrénico.

«Una persona tiene dificultades inusuales cuando afronta los conflictos con su entorno y levanta una polvareda, por así decirlo. He usado la metáfora del pez enganchado en el anzuelo: sus giros pueden parecer extraños para los otros peces que no comprenden las circunstancias; pero su chapoteo no es su sufrimiento, es su esfuerzo por liberarse de su sufrimiento y como sabe todo pescador esos esfuerzos pueden tener éxito.»

MENNINGER, K.¹³

¹³ Citado en Basset *et al.* (2015), p. 10.

Bibliografía consultada

- Alienistas del Pisuerga. s/f. (Beatriz Esteban Agustí trad.).(2009) *Memorias. Emil Kraepelin*. Recuperado de: <http://jmalvarez.org/wp-content/uploads/2015/07/03-Kraepelin-MEMORIAS.pdf>.
- Barrán, J (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Montevideo: Banda Oriental.
- Basset, T., Bentall, R., Boyle, M., Cooke, A., Cupitt, C., Dillon, J...Wykes, T. (2015). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles?* Recuperado de: <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>
- Bernard, M., Edelman, L., Kordon, D., L'Hoste, M., Segoviano, M., Cao, M., Bernard, M. (1995). *Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica*. Bs. As.: Lugar Editorial.
- Bianchi, M. (s/f). *Bion: un recorrido por su vida y su obra*. Recuperado de: https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/W._Bion_un_recorrido_por_su_vida_y_su_obra_34.pdf.
- Bion, W. (1963). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bléandonu, G. (1999). *Las transformaciones según Bion. Conferencia introductoria al encuentro Bion*. Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/022000bleandonu.pdf>.
- Bois, G. (1990). Crisis del Feudalismo: Economía rural y demografía en Normandía Oriental desde comienzos del siglo XIV a mediados del siglo XVI. *Boletín de Historia Social Europea*. (2), pp. 119-136. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2416/pr.2416.pdf.
- De León, N. (2005). ¿Porque no hablar con la locura? En Folle, M. y Protestini, A. (Eds.) *Tránsitos de una Psicología Social*. Montevideo: Psicolibros.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Mexico: Pax.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, CH. (1980). *Tratado de psiquiatría* (octava edición). Barcelona: Toray - Masson, S.A.
- Fernández, A. (1992). *El campo grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Florit-Robles, A. (2006). *La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica*. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 223-244. Recuperado de:

- Fontao, M. I., Ross, T., Quiroga, S. E., & Hoffmann, K. (2010). Terapia Grupal en el Tratamiento de la esquizofrenia: Una revisión bibliográfica sobre los modelos terapéuticos y los problemas en su investigación empírica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2819/281921801005/>
- Freud, S. (1923-1924) *Neurosis y Psicosis* (Vol. 19, pp. 151-176). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3ª edición). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana S.A.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento de sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28(1), 9-25. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100002
- García-Cabeza, I., y González de Chávez, M. (2011). Terapia de grupo en primeros episodios psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 243-253. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200005
- Golcman, A. (2015). El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en argentina, 1920-1940. *Revista Americana de Historial Social*. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/trashumante/article/view/21726>
- Gómez, R. (s/f). *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones*. Recuperado de: http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf.
- Hecker, E. (1871). La hebefrenia. Contribución a la psiquiatría clínica 1871. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15427>.
<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>
- Jaroslavski, E. (2016). *Psicoanálisis y subjetividad*. Entrevista personal a Rene Kaës. Recuperado de: <http://www.psicoanaliseintersubjetividad.com/webiste/articulop.asp?id=225&idioma=&idd=5>.

- Kaës, R. y Anzieu, D. (1979). Crónica de un grupo. Controversias contemporáneas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 64(2). Barcelona: Gedisa.
- Lacouture, G. (1996). El legado de Kurth Lewin. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80528113.pdf>.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981) *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Editorial Labor S.A. Morel, B. (s.f). Recuperado de: https://es.wikipedia.org/wiki/B%C3%A9n%C3%A9dict_Morel.
- Márquez, M. (2010). De las narrativas de la locura: ¡ Yo no estoy loco! ¿ Por qué estoy aquí?. Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Periferia: Revista de recerca i formació en antropología*. (12), 0000-0. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/60819>
- Novella, E. y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler- Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*. Centro de *Ciencias Humanas y Sociales*. Madrid-España. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/cl2010v21n3a1.pdf>.
- Obiols, J. y Vicens, J. (2003). Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen3/num2/66/etiologa-y-signos-de-riesgo-en-la-esquizofrenia-ES.pdf>.
- Olivos, P. (2006). La esquizofrenia clásica. *Revista Gaceta Universitaria*. 2 (4), pp. 375-378. Recuperado de: http://revistagpu.cl/2006/GPU_dic_2006_PDF/LA%20ESQUIZOFRENIA%20CLASICA.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Conferencia Sanitaria Internacional*. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades mentales*. CIE-10. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*. Nota descriptiva N.º 397. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Macías, M., Guilbert Vidal, M., Pérez Zaera, J., y Quintanilla López, M. Á. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿ el estigma continúa?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000400002

- Pichón Riviére, E. (1985a). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichón Riviére, E. (1985b). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichot, P. (coord). (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A. Recuperado de: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>.
- Rosenfeld, H. (1958). Algunas consideraciones sobre la psicopatología de la esquizofrenia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1950/168872471958020404.pdf>.
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp. Psiquiatr*, 37(6), 330-342. Recuperado de: <https://scholar.google.com.uy/scholar?hl=es&q=Tratamiento+para+la+esquizofrenia.+Revisi%C3%B3n+cr%C3%ADtica+sobre+la+farmacolog%C3%ADa+y+mecanismos+de+acci%C3%B3n+de+los+antipsic%C3%B3ticos.+Recuperado+de%3A&btnG=&lr=>