



# UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

**La esquizofrenia en la adolescencia: la modalidad de los *grupos terapéuticos* como herramienta de abordaje clínico**

Nombres: Daniela Betiana.

Apellidos: Ricagno Leivas.

C.I: 4.823.310-2.

Docente tutor/a: Asist. Mag. Gabriela Fernández Theoduloz.

Docente revisor/a: Prof. Adj. Mag. Geraldina Pezzani.

Montevideo, 15 de febrero de 2019.

## ***Agradecimientos:***

En el plano académico quiero agradecer a la docente Mag. Gabriela Fernández que me brindó su apoyo en la etapa final de la carrera. Asimismo quiero simbolizar en ella el reconocimiento a todos los docentes de Salto y Montevideo que tuve a lo largo de la carrera y que me acompañaron en mi formación.

En el plano personal agradecer a toda mi familia, pero quiero dedicar este Trabajo Final a mi madre (Silvia Leivas) quien me apoyo incondicionalmente en todo momento.

A todos ellos; ¡Muchas gracias!

## *Índice*

1. <b>Resumen</b> .....	4
2. <b>Introducción</b> .....	6
3. <b>Aproximación histórica al concepto de esquizofrenia</b> .....	7
3.1 Sintomatología.....	8
3.2 Delimitación del concepto.....	10
3.3 Construcción del aparato psíquico en la esquizofrenia.....	13
3.4 Causas y factores de riesgo.....	14
3.5 Pronóstico y transcurso.....	19
4. <b>Adolescencia y esquizofrenia</b> .....	21
5. <b>Aproximación a la terapia grupal</b> .....	25
5.1 Proceso grupal.....	26
6. <b>Conclusiones</b> .....	31
7. <b>Bibliografía</b> .....	32

## ***1 Resumen***

El presente trabajo estudia la esquizofrenia en la adolescencia y su abordaje clínico a través de la modalidad del grupo terapéutico. En este sentido, se procuró establecer una aproximación a las manifestaciones de dicha patología durante la adolescencia, desde una perspectiva psicoanalítica y contemplando la visión de diferentes autores enmarcados en esta corriente. Asimismo, se presentan los diferentes factores que inciden en el desarrollo de la esquizofrenia desde un modelo biopsicosocial. Por otra parte, y considerando que los procesos salud-enfermedad están asociados a una multiplicidad de factores (biológicos, psicológicos, sociales y culturales), se puso énfasis en el grupo terapéutico, en tanto modelo de tratamiento integrador. En definitiva, se pretende conceptualizar el tratamiento grupal, concebido como una instancia fundamental de abordaje clínico (complementaria del tratamiento farmacológico), y como una herramienta terapéutica de alto potencial en pos de mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

**Palabras claves:** Esquizofrenia, adolescencia, tratamiento grupal.

## ***Abstract***

The present work studies schizophrenia in adolescence and its clinical approach through the modality of the therapeutic group. In this sense, an attempt was made to establish an approach to the manifestations of this pathology during the adolescence, from a psychoanalytic perspective and contemplating the vision of different authors framed in this theory. Likewise, the different factors that affect the development of schizophrenia from a biopsychosocial model are presented. On the other hand, and considering that the health-disease processes are associated with a multiplicity of factors (biological, psychological, social and cultural), emphasis was placed on the therapeutic group, as an integrative treatment model. In short, we intend to conceptualize the group treatment, conceived as a fundamental instance of clinical approach (complementary to pharmacological treatment), and as a high potential therapeutic tool in order to improve the quality of life of patients with schizophrenia.

**Key-words:** Schizophrenia, adolescence, group treatment.

## ***2 Introducción***

La presente monografía enfrenta al estudiante al estudio bibliográfico sobre la esquizofrenia y la importancia del tratamiento grupal en adolescentes. En este sentido, se pretende conocer las diferentes posturas teóricas en relación a la esquizofrenia en la adolescencia, a partir de la producción académica disponible (artículos científicos, manuales de psicopatología, entre otros).

En esta monografía se definirán, en primera instancia, las características de la esquizofrenia y se abordará la evolución del concepto, así como la perspectiva de diferentes autores en lo que hace a la construcción del aparato psíquico de los pacientes con dicha patología. Posteriormente, desde un modelo biopsicosocial, se presentarán sus posibles causas y factores de riesgo. En tercer lugar, se abordará el transcurso y pronóstico de la enfermedad. Seguidamente, se presentará la relación entre la esquizofrenia y la adolescencia.

Finalmente, se abordarán los antecedentes y la incidencia del modelo de tratamiento grupal en adolescentes diagnosticados; se hará particular hincapié en las conceptualizaciones post-freudianas sobre dicha relación. En este sentido, y dado su objeto de estudio, cabe destacar que el presente trabajo no pretende establecer conclusiones definitivas. Su alcance y su objetivo se limitan a constituirse en un aporte que pueda servir de insumo a la profundización del conocimiento sobre una temática de gran relevancia desde el punto de vista académico, considerando que se trata del trastorno psicótico de mayor prevalencia y de alto impacto en la calidad de vida de los afectados y su entorno.

### ***3 Aproximación histórica al concepto de esquizofrenia***

La esquizofrenia es una enfermedad de génesis multicausal, es decir posee causas biológicas, psicológicas y sociales (Ballus Creus & García Franco, 2000).

Para Gabbard (2006) la esquizofrenia es un trastorno psicótico severo y persistente, que se caracteriza por una desorganización del pensamiento. La sintomatología representativa de la enfermedad abarca los síntomas positivos, que aluden a trastornos de la percepción (alucinaciones), alteraciones en el contenido del pensamiento (delirios), trastornos en la comunicación (lenguaje desorganizado) y comportamiento motor anormal (catatonia). Los rasgos más comunes son el aislamiento social y emocional, suelen ser sujetos que muestran preferencia por actividades solitarias conductas excéntricas y que buscan refugio en la fantasía.

El concepto de esquizofrenia ha mutado significativamente a lo largo del tiempo. En este sentido, Masa Moreno (2012) señala que la primera denominación o mención a la esquizofrenia se ubica en el pasaje del siglo XIX al XX, cuando se registran los primeros vestigios de enfermedades con esta especificación. Morel (1858) fue el primero en introducir la nosología, que a la postre es retomada y aplicada por Kraepelin (1904).

Por su parte, Novella y Huertas (2010) plantean una revisión del proceso histórico del término moreliano. A través del estudio de casos de jóvenes alienados, describen el cuadro como “estado de embotamiento” e “incoherencia”.

Novela y Huertas (2010) hacen mención a los conceptos de Kraepelin (1904) quien, si bien retoma el termino moreliano sosteniendo puntos en común, instaura una entidad nosológica diferente; describe trastornos psicóticos, maniaco-depresivos y demencia precoz. En esta línea, Bleuler <sup>1</sup>(1911) introdujo el término “esquizofrenia” para aludir a la demencia precoz. Este autor se enfocó en el análisis estructural, focalizándose en la escisión o ruptura del Yo, en el marco de la patología. Dicha ruptura del Yo sugiere un empobrecimiento de la actividad mental que redundo, en última instancia, en una organización estructural deficitaria.

---

<sup>1</sup> Eugene Bleuler, psiquiatra que hizo aportes significativos al estudio de la esquizofrenia (Zollikon, Suiza, 1857 – 1939).

Por otra parte, para Henri Ey (1980) el término esquizofrenia alude a una patología crónica, que tiene la particularidad de producir en el sujeto una transformación profunda. Esta última se da de forma progresiva, cambiando el modo de comunicación y relacionamiento que el individuo mantiene con el entorno.

Siguiendo cronológicamente la evolución del concepto de esquizofrenia, Novella y Huertas (2010) mencionan a Kurt Schneider<sup>2</sup> quien en 1946 introdujo una caracterización de los síntomas, invirtiendo el orden planteado por Bleuler (1911) y dando prioridad a la observación clínica.

### ***3.1 Sintomatología***

Los síntomas de la esquizofrenia pueden dividirse de acuerdo a diferentes características y según su permanencia en el transcurso de la enfermedad. En estudios de Bleuler (1993) se observan dos divisiones sosteniendo que la esquizofrenia se encuentra conformada por síntomas fundamentales (trastornos de asociación, afectividad, autismo y ambivalencia) los cuales se encuentran presentes en todos los casos y de forma permanente en el curso de la esquizofrenia, y los síntomas accesorios (ideas delirantes, alucinaciones, catatonía), los cuales son manifestaciones agregadas que pueden presentarse o no y, además estos se diferencian en que podrían presentarse en otro tipo de patología mental.

Desde una perspectiva atórica, el DSM-5 (2013) postula que para realizar un correcto diagnóstico de la esquizofrenia, se debe identificar dos o más de los siguientes síntomas:

- 1 Ideas delirantes.
- 2 Alucinaciones.
- 3 Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- 4 Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- 5 Síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia, abulia).

---

<sup>2</sup> Crailsheim, Alemania. (1887-1967).



Cada uno de ellos debe estar presente durante un periodo de un mes. La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios antes mencionados. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos 7 días), sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave), cabe destacar que el diagnóstico de la esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Los síntomas de la esquizofrenia han sido agrupados en dos grandes categorías; los positivos y los negativos. La primera referencia a esta separación de los síntomas en dos grupos la podemos encontrar en los trabajos de Kraepelin <sup>3</sup>(1896) y Bleuler (1911).

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 se denominan positivos. Estos tienen como característica facilitar 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 presentar: 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). Los síntomas negativos disminuyen y cohiben el funcionamiento normal del individuo y conforman en gran parte la morbilidad del cuadro esquizofrénico. Dentro de este cuadro se observa aplanamiento afectivo, falta de contacto visual y reducción del lenguaje corporal. Cabe destacar que los síntomas negativos acompañan al sujeto durante el transcurso de la enfermedad, es difícil de discernir porque se desarrolla en continuidad con la normalidad, los síntomas son inespecíficos y pueden presentarse por varios factores opuestos a la esquizofrenia, como por ejemplo; ser efecto secundario de cierta medicación.

---

<sup>3</sup> Emil Kraepelin, psiquiatra alemán (1856-1926).

El tercer grupo incluye 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.

Kaplan y Sadock (2002) exponen, al igual que el DSM-IV (2002), que las alteraciones del pensamiento conforman el aspecto más significativo de la esquizofrenia. El patrón más común dentro de esta alteración, es que el individuo piense y razone desde su mundo autístico, este proceso de pensamiento tiene una propagación extraña, la cual no es aliada a la lógica universal.

Bleuler (1993) hace mención a las alteraciones en las asociaciones. El elemento principal denominado por Kraepelin es “obstrucción” sosteniendo: “Parece que la actividad asociativa hiciera un alto brusco y completo, cuando se la reanuda nuevamente, surgen ideas que tienen escasa o ninguna relación con las que antes se había presentado” (Bleuler, 1993, p.41). De esta forma parece que el pensamiento del individuo se detuviera sin poder continuar. Esta “obstrucción” se manifiesta a su vez a nivel motriz en las percepciones y acciones.

### ***3.2 Delimitación del concepto***

Autores como Alenen (2003) describieron la esquizofrenia como una enfermedad mental caracterizada por la desorganización de la personalidad y cuyo desarrollo comienza a gestarse en el individuo a fines de la adolescencia y principio de la adultez. En este sentido, la esquizofrenia manifiesta acentuados repliegues hacia el mundo interno, seguido de alucinaciones y delirios frecuentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) creó la clasificación internacional de enfermedades (CIE). Dentro de esta clasificación la esquizofrenia es considerada un trastorno que afecta severamente el pensamiento, emociones y percepciones. En el cuadro esquizofrénico, la afectividad se presenta de modo incoherente, con falta de adecuación al mundo exterior. La manifestación del trastorno, según la OMS (2002)

comienza a incrementarse a partir del paulatino desarrollo de ideas y conductas extrañas. En etapas posteriores, la enfermedad se manifiesta de forma más severa a través de serios trastornos del comportamiento.

En esta misma línea, y a fin de elaborar diagnósticos, la CIE10 presenta una división en síntomas evidentes y síntomas menos evidentes. Los síntomas evidentes se basan en: eco, ideas de carácter delirantes y persistentes. Por su parte, los síntomas menos evidentes incluyen alucinaciones de cualquier índole, bloqueos del pensamiento, síntomas negativos, entre otros.

El DSM (APA, 2002) propone una división en cinco categorías, en las cuales se clasifican los síntomas positivos y negativos, a los efectos de establecer el diagnóstico. El factor tiempo, al igual que en el CIE10 es un componente transversal y determinante.

Por otra parte, y a diferencia de los manuales diagnósticos, en los que la sintomatología condiciona la adscripción a las diferentes patologías, Baez (2007) sostiene que, para el psicoanálisis, una persona puede ser psicótica más allá de la sintomatología desencadenada. En este sentido, Castaño y Salazar (2012) señalan que la estructura es la responsable de dar forma a los síntomas. A su vez, González Jiménez y Báez (2010) siguiendo a Freud indican que el síntoma tiene sentido únicamente en relación con la vida psíquica del paciente.

En esta línea, y como plantea Masa Moreno (2012) las primeras manifestaciones se producen, por lo general en la adolescencia, este autor plantea que el inicio se da en igual medida tanto en hombres como en mujeres. A su vez, se señala que en un 81% se registran factores hereditarios; en este sentido, cabe destacar que no se hereda de forma directa por un patrón único, ya que la existencia del factor hereditario no determina por sí solo la aparición de la enfermedad.

Por otra parte, en lo que hace al modo de manifestación, Soraya Moreno (2012) describe tres etapas por las cuales transcurre la esquizofrenia. La primera es la fase premorbida (previa), la cual se caracteriza por una serie de síntomas que delatan el inicio de la enfermedad. Estos indicadores pueden incluir: pérdida de apetito, dificultad de atención, pérdida de interés, distorsión del pensamiento, entre otros. En la segunda, denominada activa o crisis, se presentan síntomas positivos, los que irrumpen de forma negativa en la cotidianidad del individuo (brotes agudos). De todas formas, cabe mencionar que en

cada paciente la sintomatología se presenta de forma particular y es vivida de forma diferente. La tercera etapa es la denominada residual, en la cual los síntomas positivos tienden a desaparecer presentándose mayor intensidad de los síntomas negativos de la enfermedad, causando un deterioro a nivel social y personal.

Quintero (2011) sostiene que la esquizofrenia es un trastorno del cuerpo y de la mente que se presenta de forma crónica y lleva consigo un cambio cualitativo en el desarrollo del individuo, en la medida que conlleva múltiples disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales. Según Bhugra (2010) la esquizofrenia se caracteriza por un deterioro en el funcionamiento personal, se trata de un cuadro clínico en el que es posible identificar los siguientes síntomas: problemas de memoria, concentración, aislamiento social, comportamientos de tipo inusual, ideas extrañas, reducción de interés, entre otros. Cada uno de estos cambios afectan de forma progresiva la capacidad del individuo para mantener su trabajo, estudio, y, en términos generales, todo el espectro de sus relaciones sociales.

En definitiva, y siguiendo a García y Pérez (2003) en la esquizofrenia los síntomas pueden entenderse como conductas que se derivan de la interacción persona- situación; por lo tanto, el paciente con esquizofrenia se caracteriza por su poca sociabilidad, ensimismamiento, formas poco usuales de demostrar afecto y un deterioro gradual de su persona y de su interacción con el entorno.

En esta línea, Portela, Virseda y Gayubo (2003) citando a Liddle (1987) plantean que la alteración provocada por la esquizofrenia en la esfera de la conciencia se debe a una falta de control de los procesos cognitivos superiores. De igual forma, sostienen que la conducta desorganizada en el paciente esquizofrénico se debe a una falla en la metarrepresentación, que afecta directamente el conocimiento de sí mismo y la interpretación de su propia experiencia.

### ***3.3 Construcción del aparato psíquico en la esquizofrenia***

Existen dos tópicos postuladas por Freud que explican la estructura de la personalidad humana. En la primera tópica freudiana (1913 – 1915) el autor postula que el aparato psíquico está compuesto por una parte consciente, una preconsciente y una inconsciente. La primera se concibe como la superficie del aparato psíquico, es la puerta de entrada para las percepciones sensoriales y para los sentimientos. En esta área, los procesos son transitorios, dado que los elementos no permanecen conscientes por un tiempo indeterminado, estos pueden volverse latentes. De este modo, para que un elemento sea capaz de volverse preconsciente, mediante las representaciones mentales, debe configurarse una huella mnémica (trasciende a la memoria, consciente) de un elemento percibido por la conciencia anteriormente (citado en Salcedo, 2010).

En este sentido, Aquellas representaciones que no son capaces de devenir conscientes, es debido a lo que Freud denomina la teoría de la represión, esta actúa como barrera en aquellos elementos que resultarían displacenteros si alcanzaran la conciencia, de modo que permanecen en un estado inconsciente.

La segunda tópica (1923) postula tres instancias psíquicas: Ello, Yo, Superyó. En esta tópica, Freud planteó que el Ello es el componente innato del individuo. Consiste en los deseos, voluntades e instintos principalmente originados por el placer. A partir del Ello se desarrollan las otras instancias que componen el psiquismo humano: Yo y Superyó. En esta línea, Freud plantea la existencia de un Yo en el aparato psíquico, vinculado a la conciencia (responsable de la organización psíquica y de los elementos del exterior), con un componente inconsciente, de donde provienen los mecanismos de represión. En este sentido, el Ello es una instancia que se muestra como amoral, vinculada a los aspectos inconscientes.

El Yo se encuentra expuesto a tres angustias, a saber: el mundo exterior, la libido (impulso fundamental, y fuerza creadora de la energía vital) del Ello y la intransigencia del Superyó. En este sentido, a partir de la primera identificación con el padre y la transformación de los impulsos instintivos en actos más aceptados desde el punto de vista moral o social, surge esa tercera instancia característica de su segunda tópica: el Superyó, que comprende los residuos de las primeras identificaciones objetales.

Por otra parte, la transformación de los impulsos instintivos en actos más aceptados (desde el punto de vista moral o social), resulta en una inclinación hacia la destrucción y agresión; esta es volcada sobre el Yo. Por otra parte, Freud señala que el síntoma es indicador de un proceso patológico, signo y sustituto de un instinto insatisfecho por acción del mecanismo de represión.

Respecto a la sintomatología, el Yo se comporta de dos formas diferentes: busca suprimirlo por ser algo ajeno, pero además busca integrarlo a la vida anímica.

Para Kaplan y Sadock el embotamiento afectivo propio de la enfermedad tiene su génesis en la pérdida de interés por el mundo exterior. Esto es, el delirio se Manifiesta en aquellos lugares en los que se produce una continuidad entre el mundo exterior y el Yo, mientras que las alucinaciones son un intento de compensar esa pérdida de realidad sustituyéndola con una nueva, impulsada por las percepciones. En esta línea, y según Trostchansky (2004) la psicosis se caracteriza por una fijación en estados libidinales, la sobrecaatexis<sup>4</sup>.

### ***3.4 Causas y factores de riesgo***

Navarro y Barcia (2000) plantean que la esquizofrenia se detecta en el primer episodio agudo en la adolescencia, causándole al paciente una sintomatología morfológica; esto conduce al paciente a sentir que existen ideas que se introducen en sus pensamientos y le generan distorsión en ese sentido (audición de voces, entre otros). En el marco de este proceso, en una primera instancia reconocen esos pensamientos como propios, pero luego se pierde la familiaridad y el sentido de la propia experiencia; comienzan a sentir que esas voces vienen del exterior y a consecuencia experimentan alucinaciones perturbadoras. Esto termina desencadenando ideas suicidas, como una forma de escape de ese estado altamente perturbador.

---

<sup>4</sup> Sobrecaatexis: cierta energía psíquica que se halla unida a una representación o grupo de representaciones, por ejemplo; un objeto, una parte del cuerpo, que desembocan en cuadros alucinatorios.

Esos autores identifican los siguientes factores causales:

- **Factores genéticos:** los genes justifican entre el 65% y el 85% de la vulnerabilidad a padecer esquizofrenia, el ambiente representa un importante rol en la manifestación de estos genes. Es decir, presentar una carga genética importante no significa que la esquizofrenia se desarrolle. El riesgo a padecer este trastorno aumenta si el paciente tiene algún familiar con esquizofrenia o trastorno esquizotípico de la personalidad.

En términos de Stefan y Murray (citado en Obiols y Vicens–Vilanova, 2003): “la esquizofrenia es una enfermedad mental de origen genético y ambiental, con factores de riesgo precisos y conocidos.” (p.236). En este sentido, el factor genético cumple un rol importante porque incrementa las probabilidades del sujeto de desarrollar esquizofrenia. Por ende, los familiares de primer grado de una persona que padece esquizofrenia se encuentran más propensos a contraer el trastorno que los de segundo grado.

Siguiendo la misma línea, Gabbard (2002) señala la importancia de la genética como un factor clave, pero no determinante, en donde la transmisión genética de familiares directos es incuestionable, aunque solo aumenta la probabilidad de padecer la esquizofrenia con respecto al resto de la población. Por lo tanto, el factor genético no es capaz de explicar por sí solo la etiología del trastorno, entonces es importante poner foco en otros aspectos que pueden tener incidencia en su desarrollo.

En este sentido, se plantea que los eventos ambientales funcionan como promotores de la esquizofrenia. Como plantean Kety, Olin y Mednick (citados en Gabbard, 2002) existen diversos factores ambientales que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad, por ejemplo: lesiones producidas en el parto, infecciones virales durante el periodo del embarazo, aspectos vinculados a la dieta y determinados hábitos, así como algunos traumas infantiles.

Cabe destacar que, en cuanto al factor genético, Ingraham (2000) plantea que en los casos de hijos biológicos de sujetos con esquizofrenia que posteriormente son adoptados, este riesgo continúa manteniéndose más elevado que el de la población en general. Además, observó mayor presencia de esquizofrenia en la adolescencia de

gemelos discordantes<sup>5</sup>, independientemente de si los padres eran afectados o no. Cabe mencionar que se han propuesto diferentes modelos de transmisión genética:

- **Modelo monogénico:** todos los tipos de esquizofrénicos comparten el mismo gen, pero con diferente grado de penetrancia<sup>6</sup>.
- **Modelo heterogénico:** la esquizofrenia consiste en varias patologías. En este sentido, Mjelle y Kringle (2000) plantean que cada una de las patologías se asocia a un loci<sup>7</sup> mayor que se transmite por herencia dominante.
- **Modelo poligénico:** Asarnow (2001) plantea que la esquizofrenia surge de la combinación de múltiples genes defectuosos, con eventuales interacciones con el ambiente.

Por otra parte, y si bien la etiología implica factores genéticos, cabe mencionar que aproximadamente el 60% de los pacientes carecen de historia familiar de esquizofrenia (Gottesman y Erlenmeyer-Kimling, 2001).

- **Factores natales y prenatales:** madre mayor de 39 años, abortos previos, parto prolongado, anemia, múltiples nacimientos, calcificación de la placenta, problemas respiratorios del neonato o elevado nivel de cortisol<sup>8</sup>.
- **Dopamina:** la dopamina es uno de los neurotransmisores del sistema dopaminérgico y es uno de los neurotransmisores principales del circuito de recompensa. El proceso de aprendizaje es mediado por este neurotransmisor que le otorga saliencia a los estímulos recompensantes. En primera instancia se recibe un estímulo y posteriormente una recompensa, en respuesta a esta recompensa se da una liberación de dopamina. Cuando esto se repite, el sujeto comienza a anticipar que luego de ese estímulo viene la recompensa y la liberación de dopamina sucede luego del estímulo.

Puede ocurrir que al esperar recibir cierta recompensa frente a un estímulo, y al no ser recibida aparece lo denominado “error de predicción”, el cual implica que al recibir un

---

<sup>5</sup> Gemelos discordantes: gemelos que al nacer tienen diferencia de tamaño y de peso notable.

<sup>6</sup> Penetrancia: frecuencia de un gen.

<sup>7</sup> Loci: posición fija en un cromosoma que determina la posición de un gen.

<sup>8</sup> Cortisol: hormona del estrés.



estímulo (que previamente se asoció a una recompensa) las neuronas dopaminérgicas se disparan. Esto permite reacomodar conductas debido a que se aprende que cuando se realiza algo y no da el resultado esperado, se debe cambiar la estrategia. La hipótesis de la dopamina postula que se comienza a asociar determinados estímulos como satisfactorios y esto produce placer, entonces la dopamina lo que hace es codificar los estímulos del exterior (Montague, Dayan & Sejnowski 1996; Wickens et al., 2007; Dalley et al., 2005).

Además, las metanfetaminas tienen como target las neuronas dopaminérgicas y su consumo puede provocar síntomas psicóticos, entonces esta evidencia postula que la dopamina puede tener un rol en los síntomas de la esquizofrenia. Cabe destacar que no significa que las metanfetaminas generen psicosis. Los efectos que produce la dopamina en nuestro cerebro dependen de múltiples factores y de con qué otros neurotransmisores se combine. Kappur (2003) postula que la dopamina en condiciones normales es mediadora de contextos relevantes. En el estado psicótico se ha observado que existe una hiperactividad en el sistema dopaminérgico. Entonces, la dopamina se convierte en un creador de la saliencia errónea. El problema que ocurre en la esquizofrenia es que esta saliencia, que se supone que surge en respuesta a los estímulos del exterior, la comienza a crear la propia dopamina. Como hay mucha dopamina en el cerebro, este empieza a crear la saliencia en lugar de responder al afuera, y esto es lo que genera, según esta hipótesis, delirios y alucinaciones. (Kapur, 2003).

La disponibilidad disfuncional de dopamina en el cerebro comienza a crear saliencia, asociándose a estímulos que son internos (las representaciones mentales). Los delirios según esta teoría son explicaciones que el individuo crea para de alguna forma darle sentido a esta saliencia<sup>9</sup> que no es normal, y las alucinaciones son justamente esas atribuciones anormales que se le hace a las representaciones mentales que no existen. Es por esto que el exceso de dopamina genera por un lado las alucinaciones y, por otro lado, los delirios. Por lo tanto, la hipótesis de la dopamina postula que la hiperactividad de ciertas vías dopaminérgicas es la génesis del desorden neurofisiológico en la esquizofrenia (Anderson et al., 1986; Vidal Alarcón, 1986; Dally, 1984; Mendlewicz, 1992).

---

<sup>9</sup> saliencia es reconocer la presencia de un estímulo que se destaca entre todos los demás con un grado diferente y que llama la atención hasta dirigir la mirada exclusivamente hacia él.

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<sup>10</sup>, y dislipemia<sup>11</sup>). 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.

- **Factores sociales:** si bien coexiste una tendencia genética y neurobiológica de ciertas personas que las hace vulnerables a padecer esquizofrenia, cabe destacar que los factores de riesgo se manifiestan si las condiciones ambientales y sociales ofrecen el medio adecuado. Las diferentes causas pueden ser: disfuncionalidad en la relación madre e hijo cuando este era un neonato, así como también un ambiente familiar o laboral estresante, el cual genere cargas de ansiedad al sujeto. A su vez, las vivencias por traumas actuales conllevan a que se active la vulnerabilidad a la esquizofrenia, como por ejemplo la muerte repentina de un familiar, emigrar a otro país, entre otros.
- **Estupefacientes:** el consumo elevado de diferentes drogas aumenta la probabilidad de presentar paranoia, dado que los mismos estimulan a nivel de dopamina en el cerebro. El cannabis se relaciona con la aparición de alucinaciones auditivas, trastorno de la memoria a corto plazo y disminución de la atención.

---

<sup>10</sup> Hiperglicemia: cantidad excesiva de glucosa en sangre.

<sup>11</sup> Dislipemia: presencia de altos niveles de lípidos.

### **3.5 Pronóstico y transcurso**

En lo que hace al pronóstico de la esquizofrenia, Sarasson (1981) plantea que un desarrollo lento de la patología y a una temprana edad da claros indicios de un mal pronóstico, a diferencia de una aparición súbita y que, luego de episodios concretos, sea experimentada como extraña. En términos generales, y siguiendo a este autor, los factores que conllevan a un mal pronóstico incluyen: comienzo precoz, insidioso o con síntomas que oculten su verdadera naturaleza, dificultad para ajustarse a su entorno social, carencia de afecto o este anulado por completo, presentar síntomas negativos, presentar una historia de vida con violencia, dificultades perinatales, además el tener familiares con antecedentes, y presentar síntomas psiquiátricos previos.

Asimismo, la atmósfera emocional en la familia es de suma importancia para evaluar el pronóstico. En este sentido, serán de gran incidencia elementos como: familiares con determinadas características en cuanto a expresión de emociones (comentarios críticos, hostilidad, sobreimplicación emocional), alteración de la capacidad de contacto y nivel socio económico bajo. El comienzo tardío del tratamiento grupal, múltiples recaídas y una mayor duración de hospitalización también son factores determinantes. Humberto Casarotti (2003) también señala que de no ser tratada adecuadamente, redundará en una condición incapacitante para el individuo.

Un buen pronóstico se caracteriza por el desencadenamiento de la enfermedad de forma tardía en la vida del individuo, una manifestación brusca y aguda en poco tiempo con una correcta inserción social posterior (estudio, relaciones afectivas, sexualidad adaptada), la presencia de síntomas afectivos no necesariamente propios de la esquizofrenia. Por último, Casarotti (2003) destaca como factor determinante para un buen pronóstico, el correcto y constante cumplimiento del tratamiento, debido a que en determinados casos el pronóstico puede ser altamente favorable; esto incluye alcanzar un determinado nivel de autonomía en el paciente, permitiéndole desarrollarse socialmente y mantener una mejor calidad de vida (Casarotti, 2003).

Vicente Pardo (2007) plantea que en el primer episodio delirante del individuo es cuando la familia efectúa la primera consulta; es decir, ante las manifestaciones de síntomas positivos y alucinaciones. Nieva (2010) en su estudio cualitativo sobre una población de pacientes esquizofrénicos institucionalizados, observó que durante un período considerable de tiempo, permanecían alteraciones en varias áreas importantes

de actividad: el trabajo, las relaciones interpersonales e incluso el cuidado propio. Cuando el inicio se da en la adolescencia, se destaca el paulatino deterioro en lo que respecta al rendimiento escolar o laboral.

Si bien, como ya se ha mencionado, cada individuo experimenta la esquizofrenia de una forma particular, las personas afectadas con este trastorno aducen tener dificultad para mantener la atención, alta sensibilidad a olores, sabores, dificultad para seguir pensamientos propios, sentimiento de extrañez y, en definitiva, una progresiva pérdida de interés por el entorno y los vínculos sociales.

## ***4 Adolescencia y esquizofrenia***

La esquizofrenia y cuadros psicóticos relacionados, como ya se ha mencionado, son trastornos complejos que comúnmente emergen en el periodo de transición de la adolescencia hacia la adultez, y tienen consecuencias que pueden afectar gravemente la calidad de vida del paciente. Sarah-Jayne Blakemore (2012) define la adolescencia como el período de vida que comienza con los cambios biológicos, hormonales y físicos de la pubertad y termina a la edad en la que un individuo consigue un rol estable, independiente en la sociedad. El modelo de sistema dual explica el desarrollo en la adolescencia considerando que los adolescentes muestran un nivel adulto de razonamiento cognitivo que a menudo es asfixiado por la motivación hacia recompensas inmediatas.

Una de las regiones del cerebro que cambia más drásticamente durante la adolescencia es la corteza prefrontal. Esta se encuentra involucrada en funciones cognitivas de alto nivel: la toma de decisiones, planificación, inhibición del comportamiento inapropiado, además está involucrada en la interacción social, el entendimiento de otras personas, y la autoconciencia.

Estudios de Resonancia Magnética dan cuenta del desarrollo que sufre la corteza prefrontal en el periodo de la adolescencia. El volumen de materia gris aumenta durante la infancia alcanzando su punto máximo en la adolescencia temprana. En el transcurso de la adolescencia se presenta una disminución del volumen de materia gris en la corteza prefrontal. Esta disminución en el volumen de materia gris dentro de la corteza prefrontal se corresponde a la poda sináptica (eliminación de sinapsis no deseadas), este proceso depende del ambiente en donde esté situado el individuo, donde las sinapsis usadas se fortalecen, a diferencia de las que no son usadas en ese ambiente que desaparecen. Es por esto que la adolescencia es considerada un periodo crítico, volviéndose una ventana de oportunidades y de riesgos.

Ron Dahl y Ahna Suleiman (2017) de la Universidad de Berkeley (California), se centran en la adolescencia temprana y destacan la transición de la infancia a la pubertad como una experiencia que lleva no solo a los cambios fisiológicos, sino también a la remodelación estructural y la reconfiguración neuronal del cerebro adolescente, en los circuitos neuronales involucrados en el procesamiento de emociones, riesgos,

recompensas y relaciones sociales. Los patrones de comportamiento y emocionales experimentados en la adolescencia pueden llegar a resultados positivos o negativos como resultado de interacciones complejas de procesos sociales, emocionales, psicológicos, de comportamiento y de desarrollo neurológico.

Existen diferentes causas en el mundo adolescente que disparan ciertas conductas de riesgo, las que inciden directamente en la aparición de trastornos como la esquizofrenia. En este sentido, Burack (2001) alude a una determinada “cultura de riesgo”. Esto es el conjunto de valores que en la actualidad se intensifican cada vez más, entre otros: la moda del cuerpo perfecto y otro tipo de tendencias relacionadas con la imagen personal, el consumo de drogas que, como ya se ha mencionado, genera consecuencias físicas y psíquicas a corto y largo plazo.

Siguiendo la misma línea, Alan Kazdin (2003) plantea que en el periodo de la adolescencia se incrementa el riesgo de comportamiento, por ejemplo: uso ilegal de sustancias, deserción estudiantil, vandalismo y sexo precoz sin protección. En este sentido, Burack (2001) establece una diferenciación entre factores de riesgo de amplio espectro y conductas de riesgo específicas. Entre los primeros, se incluyen: disfuncionalidad familiar (familias con escasos vínculos entre sus miembros), violencia intrafamiliar, baja autoestima y dificultades para definir proyectos de vida. En el segundo grupo, se incluyen conductas como el porte de armas, consumo excesivo de alcohol, entre otros. Por otra parte, el autor también hace mención de determinados factores que contrarrestan los efectos de los factores de riesgo por ejemplo, se destacan determinadas características particulares del adolescente que favorecen el desarrollo, mantenimiento y recuperación de la salud mental.

En definitiva, y como plantea Keshavan (2005) la adolescencia constituye una etapa de gran interés para el estudio de posibles marcadores de riesgo de padecer esquizofrenia por diversas razones:

- La proximidad temporal de esta etapa evolutiva con el comienzo de la esquizofrenia.
- Para Harrop y Trower (2003) existen diversos cambios producidos a nivel madurativo, hormonal, cerebral, cognitivo y/o social, los cuales pueden establecerse como estresores ambientales que aumentan el riesgo de padecer esquizofrenia.

- Para Berenbaun (2008) la evidencia existente de acontecimientos vitales estresantes y el trauma a temprana edad se encuentran asociados a una mayor vulnerabilidad a los trastornos psicóticos.

En definitiva, las cuestiones antes expuestas, además de sugerir la posible alteración durante el neurodesarrollo, abren la posibilidad de indagar los posibles marcadores de vulnerabilidad antes de la manifestación clínica de la esquizofrenia. Permitiendo mejorar las estrategias de identificación temprana y la posibilidad de implementación de programas de intervención como lo son los grupos terapéuticos (Keshavan, 2006).

Diferentes estudios longitudinales han demostrado que aquellos adolescentes que presentan algún tipo de experiencia psicótica durante este período presentan mayor riesgo a padecer posteriormente psicosis (Dhossche et al., 2002). En este sentido, se ha observado la presencia de cuadros alucinatorios, vinculados directamente con altos niveles de ansiedad, depresión o experiencias disociativas.

En marzo de 2018, UNICEF publica “El cerebro del adolescente: una segunda ventana de oportunidad”, donde ocho expertos en neurociencia del adolescente presentan descubrimientos emergentes de su investigación, identifican los períodos correctos o “ventanas de oportunidades” para intervenciones provechosas con el fin de mejorar el bienestar de los adolescentes

El cerebro humano, es un cerebro esencialmente social que ha evolucionado para tener una preparación biológica para negociar con grupos sociales complejos y adquirir cultura. Por otra parte, se encuentran la cultura y la biología interactuando para crear diferentes experiencias de lo que pueden considerarse "procesos biológicos". Se plantean impactos positivos y negativos en el desarrollo del cerebro, incluidos los efectos de la pobreza, la violencia, el estrés, la tecnología, pero también el aprendizaje socioemocional, el manejo del estrés, la nutrición, el asesoramiento y las relaciones positivas.

Durante la última década, un cuerpo de conocimiento científico ha mejorado la comprensión de cómo la experiencia y el entorno se fusionan con la genética para dar forma al cerebro adolescente.

Los avances en neurociencia revelan que el cerebro adolescente sigue siendo un trabajo en progreso, y ofrece una segunda oportunidad decisiva para influir en el desarrollo de los niños en su segunda década de vida.

Beatriz Luna de la Universidad de Pittsburgh, menciona que los resultados no pueden ser determinados únicamente por la ciencia del desarrollo, y que la tendencia de los adolescentes a buscar recompensas inmediatas y ventajas sociales debe informar las prácticas importantes para la educación y la salud para alcanzar resultados positivos y duraderos.



## ***5 Aproximación a la terapia grupal***

El individuo, según Foulke (2011), nace inmerso en un conglomerado de grupos, que preceden a la constitución subjetiva de la persona. En este sentido, el término “grupo” (que surgió a mediados del siglo XVIII), proviene del término italiano “gruppo”, el cual se vinculaba con el concepto de “nudo”. Anzieu (1997) retoma la etimología del concepto alegando que esa noción de “nudo” destaca cierta aglomeración, o estrecha unión, entre los miembros que lo constituyen.

Por otra parte, el trabajo grupal en psicoanálisis surgió a partir de la necesidad de crear una alternativa para la cura individual, a causa de las situaciones de emergencia como las neurosis traumáticas ocasionadas por la segunda guerra mundial; iniciativa que demostró altos niveles de eficacia desde el punto de vista terapéutico. A su vez, Bion (1961) señala que coexisten dos modalidades de funcionamiento grupal: grupo de trabajo y grupo de supuestos básicos. Esto implica un conflicto persistente y reiterado dentro de los grupos.

En lo que hace a su dinámica, Petkari (2010) plantea que la intervención debe planificarse de manera sólida y el momento de la ejecución debe ser completo, teniendo siempre en cuenta que la variedad de disfunciones que caracteriza el trastorno esquizofrénico no se observa de igual forma en todos los pacientes, así como tampoco presenta la misma expresión y evolución. En este sentido, y como sostienen García y Pérez (2003) resulta de vital importancia el entorno en el desarrollo de la esquizofrenia, afirmando que, a los efectos de una evolución favorable, sería imposible concebir un tratamiento psicológico que no incluyera el contexto cultural y social en el que el paciente se desenvuelve.

## **5.1 Proceso Grupal**

García Cabezas (2008) entiende que los grupos ofrecen a los pacientes esquizofrénicos un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal; donde se desenvuelven múltiples y multifocales interacciones que favorecen el *insight*<sup>12</sup> y aprendizaje interpersonal, lo cual es factible pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no únicamente por parte del terapeuta. De este modo, el grupo ejerce una acción multiplicadora de los efectos terapéuticos, como lo son el facilitamiento de un contexto realista y específico de referencia, mejor conocimiento y autoconocimiento.

En este sentido, los objetivos principales de la psicoterapia grupal están vinculados a reducir la vulnerabilidad y el estrés, optimizar la capacidad de adaptación y desarrollo del paciente. El contexto grupal mejora el apego al tratamiento, potenciando la resolución de problemas, favoreciendo las interacciones sociales y previniendo posibles recaídas a futuro (Salud Mental, 2011).

En esta misma línea, García Cabezas (2008) sostiene que participar en programas terapéuticos grupales previene el deterioro y aparición de discapacidad en el periodo crítico que sigue a un primer episodio psicótico. Asimismo, el autor retoma los conceptos de Albinston (1998) quien plantea que el grupo ofrece la posibilidad de hablar, resolver problemas, aclarar dificultades, dar significado a experiencias subjetivas compartidas y evaluar relaciones empáticas entre iguales. Desde el primer episodio psicótico, el grupo les ofrece a los pacientes la posibilidad de superar su aislamiento, inseguridad y desconfianza, a partir de una dinámica psicoterapéutica que bloquea el desarrollo de mecanismos de negación, y conduce a integrar estrategias de aceptación y afrontamiento de sus dificultades. En definitiva, esta modalidad de abordaje terapéutico puede ser especialmente efectiva en algunos casos, a partir del apoyo entre pacientes de edades similares, permitiendo a jóvenes con episodios psicóticos tener relaciones y experiencias subjetivas empáticas con semejantes.

---

<sup>12</sup> Insight: término utilizado en psicología proveniente del inglés que se puede traducir al español como “visión interna”.

Por otra parte, en el caso de la esquizofrenia, y según la OMS (2002), la noción de “cura” está asociada al concepto de autonomía. Tal como plantea Pérez Aguirre (2001), un sujeto autónomo libre e indivisible siente confort al conformar parte de la sociedad, a la vez que ve garantizado el ejercicio de sus derechos personales y sociales. En este sentido, las sesiones, en el marco de los grupos terapéuticos, se pueden considerar como una “sociedad” particular, en donde se educa y se construyen derechos.

Para Culleberg (2002), el grupo proporciona la de-singularización de la psicosis, que implica poder escuchar en otros pacientes vivencias de prácticas similares a las suyas. Por otra parte, otro de los factores importantes en la recuperación de la adaptación psicosocial es el contexto motivador del grupo terapéutico. En este sentido, las intervenciones psicoterapéuticas grupales integran la existencia antes y después de la esquizofrenia. A su vez, y en tanto patología de carácter crónico, el tratamiento debe ser permanente y debe contemplar múltiples abordajes terapéuticos.

Puntualmente en lo que hace a la modalidad del grupo terapéutico, las sesiones tienen una duración aproximada de 75 minutos a 95 minutos, y la integran de 8 a 10 miembros. En este sentido, existe consenso en cuanto a las ventajas de la homogeneidad del grupo; es necesario que los conflictos de sus integrantes y sus fortalezas yoicas sean similares, de lo contrario se tornaría disfuncional y sería imposible cumplir los objetivos terapéuticos (Gabbard, 2002).

Gabbard (2002) señala una de las principales ventajas de este tipo de abordaje: la aparición de múltiples transferencias. De acuerdo con esto, se observó que los integrantes del grupo dirigen su transferencia hacia el terapeuta, además de la que se genera entre los propios integrantes y la efectuada hacia el grupo como un todo; en este último caso, el terapeuta es visto como una madre idealizada.

Por su parte, Albiston et al. (1998) señala que el abordaje grupal psicoterapéutico genera la posibilidad de dar significado a experiencias subjetivas. El grupo genera un mini contexto social que eleva la esperanza de obtener logros sociales fuera del grupo. De modo que el grupo terapéutico constituye el contexto ideal para trabajar en el aumento de la autonomía y la adaptación dentro del grupo (citado en García & Chávez, 2011).

En este sentido, Gonzales, García y Fraile (1999) afirman que los grupos terapéuticos son estrategias esenciales en todo programa asistencial de esquizofrenia, debido a que ofrecen al sujeto un contexto realista y específico de referencia. A su vez, apuntan a la alianza terapéutica y desarrollan el conocimiento y autoconocimiento de los miembros del grupo. En definitiva, los grupos aportan seguridad, socialización y motivación a cada paciente, así como esperanza y aceptación. Estos promueven un aumento de la seguridad, autoestima y emergencia de intereses nuevos (García, 2013).

Para Fernández y Sosa (2009), el trabajo en un dispositivo grupal para el tratamiento de esquizofrenia ofrece una alta continencia. El hecho de compartir vivencias tiene como resultado el despliegue de procesos de identificación que colaboran con la socialización. Asimismo, la comunicación, el hablar y escuchar a un tercero en el espacio grupal, genera que el individuo se identifique y alivie el dolor psíquico (“lo que me pasa a mi le sucede al otro”).

En este sentido, la función del grupo es trabajar con las angustias propias del funcionamiento paranoide, creando una nueva instancia donde estas angustias pueden ser neutralizadas por aspectos vitales: confianza y seguridad. Por otra parte, se busca promover la idea de que es posible recibir ayuda. Todo esto es posible, en un contexto que promueva ideas y sentimientos estrechamente ligados con “la vida”, dado que en la esquizofrenia las vivencias de muerte suelen ser altamente recurrentes.

En esta línea, Pinel (1993) plantea la expresión “reflejo grupal”, para establecer una diferencia entre la terapia grupal y el resto de las modalidades. En este sentido, el grupo terapéutico es concebido como un proceso intersubjetivo de reacciones múltiples, simultáneas, recíprocas y empáticas de observación y de conocimiento mutuo entre los miembros del grupo. El reflejo grupal, también conocido como “*mirroring*”, desbloquea las dificultades de autoconocimiento, fomentando la capacidad para observar y conocer en los demás lo que aún el paciente no es capaz de observar en sí mismo.

De este modo, cada paciente es un espejo para los demás; es decir, cada paciente se ve a sí mismo en los otros. Así, identifican aquellos aspectos que son rechazados y reprimidos, reflejados en los demás. En el marco de este proceso, el paciente se “descubre” a través de los otros, con quienes confronta o a quienes cuestiona, generando de esta forma la reconstrucción y redefinición de sí mismo. En este sentido, el objetivo de la psicoterapia grupal es que el paciente logre entender el sentido o significado de sus

trastornos y experiencias, y se posibilite la conformación de una identidad más integradora (Gonzales de Chávez, 1991).

Por otra parte, Badaracco (1990) plantea que la psicoterapia grupal debe ser trabajada desde la coterapia (simultáneamente por dos terapeutas), los cuales se encuentran en igualdad de condiciones en lo que respecta a su importancia, funciones y jerarquía desde el punto de vista de los pacientes. Esto implica compartir autoridad al tomar decisiones. Los pacientes suelen proyectar en los terapeutas lo bueno y lo malo, lo masculino y lo femenino, lo sano y lo enfermo, así como también la prolijidad y desprolijidad.

Los beneficios que tiene la coterapia son las posibilidades de poder intercambiar con un colega acerca de lo que cada uno percibió en el grupo, la misma también sirve de alivio y contención para el terapeuta en su trabajo con pacientes psicóticos crónicos.

Amenta (2002) destaca la complejidad del fenómeno psicótico, en cuyo marco se presentan ciertas actitudes: aburrimiento, fastidio, intervenciones estereotipadas. Contar con dos terapeutas permite que uno controle y maneje los aspectos referentes a la dinámica del proceso grupal, mientras que el otro terapeuta se encuentra inmerso en la excusión más explícita. Los coterapeutas son de gran importancia en el momento de ayudarse mutuamente, ya sea para resistir a un ataque por parte de los integrantes del grupo, así como también en el momento de plantear temas difíciles. Los mismos pueden asumir con mejor facilidad y flexibilidad roles complementarios que faciliten el cambio. Por otra parte, el tener un compañero ayuda al terapeuta a procesar los sentimientos intensos que remueven el grupo, y posibilita la dispersión de la transferencia y contratransferencia que se puede llegar a manifestar en el grupo.

A partir del año 1998 en el servicio de consultorios externos del hospital Borda en Buenos Aires, se pusieron en marcha grupos de tratamiento, coordinados por un médico psiquiatra y un psicólogo grupal, conformados por 5 a 12 pacientes. Las sesiones eran de una hora de duración, con una frecuencia semanal o quincenal. Durante el proceso se incluyeron abordajes multifamiliares. El tratamiento incluyó terapia corporal, a su vez, tuvo por finalidad incorporar una respuesta terapéutica específica vinculada con la particular representación del cuerpo en la psicosis. La prescripción de la medicación se resuelve en los últimos minutos de la sesión. Resultó positiva la alta adhesión a este espacio, la participación, su perdurabilidad a lo largo de 5 años y su crecimiento en este periodo.

Es pertinente destacar que se realizó un estudio en la Unidad de Salud Mental (USM) de Bañaderos (Gran Canaria), por profesionales de enfermería especialistas en salud mental, en 15 pacientes esquizofrénicos y 15 familiares. Los criterios de incorporación en pacientes fueron: diagnóstico de esquizofrenia según la CIE-10 y edad mayor de 18 años. Los pacientes recibieron 6 meses de intervención grupal basada en las necesidades del paciente y su principal cometido fue el manejo de la enfermedad, prevención de recaídas, adquisición de conductas saludables e impulsar la socialización.

Tomando en cuenta estos estudios se puede concluir que el tratamiento grupal en pacientes esquizofrénicos es una opción eficaz, particularmente para la mejora de la relación terapéutica, autoestima y habilidades sociales.

## **6 Conclusiones**

Esta patología crónica, y considerando que se trata del trastorno psicótico de mayor prevalencia, puede generar en el paciente un profundo deterioro en su calidad de vida, en los casos de no continuidad del tratamiento adecuado. La esquizofrenia es una patología multicausal, estrechamente vinculada a la adolescencia y los profundos cambios a nivel psico-emocional, propio de esa etapa del desarrollo. Por lo tanto, una detección temprana y el apego a un tratamiento que incluya la modalidad de grupos terapéuticos será la clave para un pronóstico favorable.

En este sentido, y entre las múltiples ventajas de los grupos terapéuticos, se retomaron los conceptos de Pinel (1993) y su noción de “reflejo grupal”, de fundamental importancia en la medida que fomenta la capacidad del paciente de observar e identificar en los demás lo que el paciente aún no es capaz de observar y conocer en sí mismo.

El hombre es un ser social por naturaleza, crece y se desarrolla interrelacionándose con el medio. Por lo tanto, nos parece de mayor importancia trabajar en la reducción de los efectos negativos de la enfermedad mental, que obstaculizan mayormente la proyección de una vida digna.

Para trabajar en la rehabilitación de personas con diagnóstico de esquizofrenia consideramos que la terapia de grupo es el recurso psicoterapéutico más ajustado. Se ha evidenciado que el espacio grupal genera una alta consistencia, 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.

En el caso que no existan ciertos tratamientos, la evolución de los pacientes lleva al deterioro, conduciendo a la desorganización mental grave, predominando en este caso la sintomatología negativa.

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 grupal. Buscando generar cambios sociales que faciliten la reinserción laboral, social y familiar.

## 7 Bibliografía

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta Ed. Tr.). Barcelona: Masson S.A.

Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (2003) (WAPR), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). Declaración de Consenso WAPR / WHO. FEARP. Recuperado de: [http://www.arpscyl.org:8085/index.php/documentos/cat\\_view/36-declaraciones-warp](http://www.arpscyl.org:8085/index.php/documentos/cat_view/36-declaraciones-warp)

Bleuler, E. (1911). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires:

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.

Casarotti, H., Pardo, V., Labarthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, Martínez, A. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(1), 76-110.

Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>



Departamento De Programación Estratégica En Salud. Área De Promoción Y Prevención. Programa Nacional de Salud Mental (2011). Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud Mental. Recuperado de [http://www.comef.com.uy/pub/protocolos\\_](http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_), F. (2013).

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1996). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson, S.A. Fernández, S., & Sosa, S. (sf). Grupos terapéuticos para pacientes con trastornos mentales severos. Primeras etapas en la rehabilitación. Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1-9.

Freud, S. (1995) El yo y el ello, y otras obras. En En J.L. Etcheverry (trad.) Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. XIX, pp.154-196). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923- (1925))

Fernández, A. (1992). *El campo grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.

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/>

Gabbard, G. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

García, I. (2013). Aspectos específicos y diferenciales de la psicoterapia de grupo en la psicosis. *Rehabilitación Psicosocial*, 2(10), 26-31.

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](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](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>
- González, M., García, I., & Fraile, J. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 573-586.
- Kaes, R. (2000b). *El aparato psíquico grupal*. Buenos Aires: Gedisa.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1987). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Novella, E., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360002>

- 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-laesquizofrenia-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](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. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades mentales. CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. (Versión provisional en español). Recuperado de [www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

Pardo, V., del Castillo, R., Blanco, M., & Etchart, M. (2005). Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (2), 111-126.

Pardo, V. (2007). Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(1), 83-98. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/set2007/05\\_revision.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/set2007/05_revision.pdf)

Prieto Loureiro, G. (2006). Lenguaje y cuerpo en la esquizofrenia. *Revista Itineraria*. Año 2, No. 5. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Lenguajeycuerpoenlaesquizofrenia.htm>

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=>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área de Promoción y Prevención. ProNacionalde Salud Mental. (2011). Plan de Implementación de prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <http://www.supia.org.uy/PRESTACIONES.pdf> Uruguay. Ministerio De Salud Pública.