



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo final de grado**

**Articulación teórico clínica**

# **Rehabilitación Psicosocial: la importancia de trabajar los procesos de duelo**

Estudiante: Lucía Rodríguez

5.454.568-6

Tutora: Prof. Adj. Mag. Ma. Julia Perea

Revisor/a: Prof. Agda. Dra. Karina Boggio

Montevideo- Octubre 2022

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introducción</b>  | <b>2</b>  |
| Centro Psicosocial de Pando  | 3         |
| <b>Objetivos</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Líneas de Intervención</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Articulación Conceptual</b>   | <b>8</b>  |
| Situación Sanitaria  | 8         |
| Acerca de la Rehabilitación Psicosocial  | 9         |
| Qué se Entiende por Psicosis Esquizofrénica  | 10        |
| Primera línea: Espacios conectados a través de procesos de duelo                         | 12        |
| <i>El dispositivo grupal terapéutico</i>   | 12        |
| <i>Procesos de duelo en Personas con Diagnóstico de Esquizofrenia (PDE)</i>              | 14        |
| Segunda línea: La rehabilitación desde circunstancias protectoras y de riesgo            | 19        |
| <i>Los factores de riesgo en PDE</i>   | 20        |
| <i>Los Factores Protectores en PDE</i>   | 22        |
| Tercera línea: Las vicisitudes institucionales de un equipo de salud trabajando con PDTP | 24        |
| <i>Lo que circula en la institución</i>  | 24        |
| <i>El trabajo con población vulnerable</i>   | 28        |
| <b>Un análisis de la implicación</b>   | <b>31</b> |
| <b>Conclusiones</b>  | <b>33</b> |
| <b>Referencias</b>   | <b>35</b> |

## Introducción

La experiencia de intervención presentada surge en el marco del programa de practicantes y residentes de la Facultad de Psicología Udelar en convenio con ASSE (ASSE-UDELAR, Facultad de Psicología, 2009), dicha experiencia comprendió desde el 1 de febrero del 2021 hasta el 28 de enero de 2022, en el Centro Psicosocial de Pando.

En 2009, la facultad de Psicología de la UDELAR y ASSE firmaron un convenio estableciendo metas; la propuesta de este programa se perfila en función de la política universitaria, por lo que busca contemplar de forma integral las funciones de enseñanza, extensión e investigación. Con el objetivo de incidir en la formación de recursos humanos correspondientes al nuevo modelo de atención en salud, a la producción de conocimiento académico pertinente y con relevancia social, y el apoyo y generación de nuevas prácticas de atención acordes al modelo que se quiere impulsar (Gimenez, 2012).

Existe un debate vigente que aún no ha logrado un consenso acerca de las formas de denominación que se utilizan para referirse a las personas que sobrellevan un sufrimiento psíquico. En la Ley de Salud Mental 19.519 se establece el término *trastorno mental*, el cual generó una discusión en el ámbito de la salud, abriendo una grieta entre sectores defensores del mismo, y otros que aluden a una modificación.

Esta última postura afirma que este tipo de términos son puramente biológicos e ignoran el ámbito social que engloba los procesos de salud- enfermedad, pero además, sostiene que considerar una supuesta neutralidad en las palabras es ignorar que hay luchas de poder que existen detrás del lenguaje. Además, se considera que el debate busca mover el conocimiento técnico de la psiquiatría de manera que se genere una apertura a otras posibilidades de tratamiento terapéuticas que realmente demuestren interdisciplinariedad (Grippi, 2018).

En este contexto, el presente trabajo propone desligarse de aquellos términos que se limitan a una mirada únicamente psiquiátrica, como también de otros que cargan con una connotación negativa siendo fuente de discriminación. Por ende, se alude al término *trastorno* únicamente como forma descriptiva para la definición y a modo de concepto de los cuadros clínicos. En cambio, como referencia a la población con la que se trabajó en el desarrollo de esta experiencia, se utilizará el término Personas con Diagnóstico de Esquizofrenia (PDE) y Personas con Diagnóstico de Trastornos Persistentes (PDTP) para abarcar todos los cuadros clínicos con caracterización crónica en psicología.

## Centro Psicosocial de Pando

El Centro Psicosocial de Pando pertenece, dentro del organigrama de ASSE, a los Equipos de Salud Mental y Dispositivos en territorio que responden a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. Es un servicio que integra el tercer nivel de atención en salud, ya que se limita a atender necesidades específicas. La atención en tercer nivel “se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (Vignolo, Vacarezza, Alvarez y Sosa, 2011, pp. 12).

Los niveles de atención se miden por niveles de complejidad, por ello las intervenciones en el primer nivel se centran en resolver necesidades básicas, en el segundo nivel necesidades menos frecuentes pero que requieren procedimientos más complicados, y en el tercer nivel patologías aún menos frecuentes, por lo que encontramos establecimientos con recursos humanos para tareas muy específicas (Vignolo et al. 2011). De todas formas pueden realizarse acciones correspondientes a los tres niveles de prevención en los tres niveles de atención.

En el caso del Centro de Pando, la atención se dirige a la rehabilitación psicosocial de PDTP - la amplia mayoría padece esquizofrenia y un número menor trastorno bipolar- mediante el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de salud. Está destinado a personas que inicien y/o continúen un proceso de rehabilitación, que residan en el departamento de Canelones y la zona oeste de Montevideo.

En la prevención primaria se utilizan medidas para evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, el objetivo está en disminuir la repercusión de una enfermedad (Vignolo et al., 2011). En el Centro de Rehabilitación se aplican estrategias o medidas para la prevención de enfermedades de distinta índole, se basan principalmente en proteger a este grupo de riesgo sobre enfermedades y complicaciones que están expuestos en diferentes ámbitos a través de talleres de promoción de salud y prevención primaria de la enfermedad; talleres de educación sexual, de higiene personal, sobre hábitos de sueño, de alimentación, la promoción del ejercicio físico, y charlas informativas sobre el consumo de sustancias. También los usuarios participan cada año en campañas en la semana del corazón.

Lo que más prevalece es la prevención de tipo terciaria que está destinada a la recuperación manifiesta mediante el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación. Como dice Vignolo et al. (2011) “es imprescindible el control y el seguimiento del paciente ya que se trata de minimizar los sufrimientos que son causados por la enfermedad, facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y prevenir o reducir al máximo las recidivas de la enfermedad” (p.13). En el Centro se trabaja para reducir el progreso de

complicaciones y evitar secuelas, como por ejemplo a través de talleres de estimulación cognitiva.

Desde la promoción de salud se busca cambios en las condiciones de vida de los usuarios tratando de incidir en determinantes sociales y buscando factores protectores. El Centro intenta buscar que cada usuario tenga un entorno que lo apoye, una familia que funcione como sostén; por ello uno de los criterios a tener en cuenta, a la hora de realizar una entrevista de pre ingreso, es evaluar si la persona cuenta con una familia continente. Por otro lado, se realizan actividades para establecer contacto con la comunidad.

El Centro acompaña el proceso de recuperación buscando la inclusión a través de diferentes actividades que buscan promover mejores condiciones de autonomía. La idea es fortalecer las capacidades y potencialidades de la persona de tal forma de lograr su reinserción en la comunidad, mejorando la calidad de vida del usuario y su familia. El mismo cuenta con un equipo técnico interdisciplinario que se encuentra conformado por: psicóloga coordinadora, administrativa, psiquiatra, enfermero monitor, y cinco talleristas (huerta/jardinería, teatro, música, plástica y karate). Los talleres pueden ser pensados como recursos que se vuelven herramientas al ser instrumentalizados por los diferentes técnicos y profesionales desde un enfoque psicosocial de rehabilitación. Todas las actividades y dispositivos que se implementan en el Centro son focalizados desde una mirada terapéutica.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar situaciones consideradas ejes de una experiencia de trabajo pre profesional llevada adelante en un servicio de Tercer Nivel de Atención, en el marco del Programa Practicantes y Residentes de la Facultad de Psicología, UdelaR.

### **Objetivos Específicos**

Analizar cómo influyen los procesos de duelo en Personas con Diagnóstico de Esquizofrenia (PDE) a través de un grupo terapéutico, en un proceso de rehabilitación psicosocial.

Identificar factores de riesgo y factores protectores a partir de las actividades realizadas en el Centro y reflexionar sobre la importancia de trabajar en los mismos para la recuperación.

Examinar características de la dinámica grupal de un equipo de salud interdisciplinario que trabaja con población vulnerable.

## **Líneas de Intervención**

### **Espacios Conectados a Través de Procesos del Duelo**

El análisis de esta línea corresponde al período desde Octubre de 2021 hasta Enero de 2022 en el que se co-coordina uno de los grupos terapéuticos junto a la Psicóloga referente en el Centro Psicosocial. El grupo funcionaba todos los miércoles de 13 a 14 horas aproximadamente, estaba integrado por cinco usuarios varones mayores de 18 años. A su vez, en las mismas fechas, el Centro retoma las asambleas multifamiliares, destinadas a recibir familias de los usuarios para que cuenten con un espacio de apoyo, contención y referencia. Los familiares manifiestan sus inquietudes, malestares y preocupaciones en torno a diferentes cuestiones relacionadas al diagnóstico y/o tratamiento, pero también comparten experiencias significativas que funcionan como insumos alentadores para el resto de los participantes.

Esta primera línea de intervención se focaliza en el análisis de un concepto que deambulaba por ambos espacios durante el período mencionado: el duelo. Se selecciona esta temática al percibir que se manifestaba tanto en el grupo terapéutico de los usuarios como en las asambleas multifamiliares. Además, todos los usuarios, durante el año 2021, atravesaron cambios significativos y la pérdida de una figura referente del Centro. Por lo que se señala el duelo como punto de análisis teniendo en cuenta las características y circunstancias de dicho período.

### **La Rehabilitación desde Circunstancias Protectoras y de Riesgo**

Uno de los objetivos en Rehabilitación Psicosocial es la reducción y control de factores de riesgo, y la promoción y el trabajo sobre factores protectores. Por ello, esta línea de análisis se detiene en el estudio de factores de riesgo y protectores en el marco de las actividades del Centro Psicosocial de Pando, que tienen como finalidad cumplir con el objetivo mencionado, o en su defecto, contribuyen al mismo.

A través de actividades realizadas en talleres, en espacios de entrevista grupal e individual, y en actividades específicas planificadas, se intentan trabajar estos conceptos. Sin embargo, surgen eventualidades y condiciones que se consideran componentes riesgosos proclives a generar recaídas y/o que perjudican el proceso de recuperación. Se tomarán en cuenta diferentes situaciones que derivan de la experiencia para identificar aquellas circunstancias que pueden funcionar como protectores o riesgosas.

## **Las Vicisitudes Institucionales de un Equipo de Salud que trabaja con PDTP**

Se destacan distintos lineamientos que atraviesan y conforman la dinámica de trabajo en salud mental. Esta vía de análisis se refiere al estudio del trabajo interdisciplinario en el campo de la salud mental teniendo en cuenta las particularidades de la labor específica con PDE. Pero también, se examinarán aspectos del equipo y cómo éste se encuentra sujeto a determinada estructura de funcionamiento, teniendo en cuenta que el mismo deviene de expresiones de angustia, en relación a los sucesos atravesados durante el año 2021, donde sucedió la pérdida de un miembro del equipo.

## Articulación Conceptual

### Situación Sanitaria

La modalidad de asistencia para PDTP ha ido evolucionando en el tiempo. En el 2007 entra en vigencia la Ley 18.211, donde se realiza un nuevo sistema nacional integrado de salud (SNIS) en el que hay cambios a nivel asistencial, financiero y de atención. Se buscó garantizar el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país, por lo tanto, como principales objetivos, la ley busca la promoción en salud, intersectorialidad, cobertura universal y equidad, como también, que la salud sea preventiva, integral y humanista, de manera que se brinde una calidad integral desde la perspectiva de Derechos Humanos.

Junto al cambio de financiamiento y de gestión está el cambio de modelo de atención, el objetivo consiste en abandonar el modelo hospitalocéntrico, individualista, medicalizado, superespecializado y de medicina reparatoria, considerando que el mismo genera inequidad, dificultad en el acceso a los servicios y prestaciones, costos elevados con bajos beneficios, para convertirlo en un modelo de atención que considere integralmente a la persona, a la familia y a la comunidad, y fomentar la promoción de la salud (Gallo, 2015).

Una de las grandes influencias en el cambio de modelo asistencial de Salud Mental hacia las PDTP fue lo acontecido en el consenso de Panamá del 2010 en el que se reunieron diferentes personas de distintos sectores como trabajadores de la salud, organizaciones no gubernamentales, organizaciones defensoras de los Derechos Humanos, instituciones académicas, etcétera. En dicho concepto se expresa como lema: *Por un continente sin manicomios en el 2020*.

En el año 2013 la asamblea Mundial de la Salud aprueba el Plan de Acción Integral sobre salud mental 2013-2020. La idea con ello fue proporcionar una cobertura universal basada en derechos humanos desde un enfoque multisectorial que busca la emancipación de las personas con trastornos mentales y con discapacidades psicosociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). En esta asamblea se pide a las autoridades regionales de América la implementación de estrategias y herramientas de acuerdo a los recursos del país, enfocadas en la búsqueda de una mejor instrumentalización. Además surge como necesidad implementar y desarrollar estrategias de rehabilitación psicosocial integral para brindarle una mejor calidad de vida a la persona y que pueda reinsertarse en la comunidad en el medio social.

En julio de 2017 se publica la ley de Salud Mental 19.529 desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del SNIS. La ley propone como avances el reconocimiento

de los derechos de los usuarios de Salud Mental con acciones intersectoriales para la inclusión social, educativa y de vivienda, la formación de equipos interdisciplinarios y la implementación de abordajes para superar el modo asilar.

El modelo de atención a las necesidades y problemas de las PDTP ha estado cambiando de forma paulatina, generando un movimiento del eje de atención del hospital a la comunidad.

### **Acerca de la Rehabilitación Psicosocial**

Si buscamos el término *rehabilitar* en el diccionario encontramos que significa restituir a una persona o cosa a su estado anterior. En el campo de la medicina este puede ser el objeto a seguir pero dentro de la intervención social la rehabilitación no solo hace referencia a mejorar las capacidades o habilidades sino que también se refiere a las condiciones necesarias para que una persona se mantenga con un nivel de funcionamiento adecuado.

Según la Declaración de Consenso realizado en conjunto por la OMS y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial WAPR (1997) la misma “es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el *handicap* - o desventaja- de un trastorno mental para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad” (parrf. 7).

También incluye la superación personal y la realización de cambios en el entorno para lograr la mejor calidad de vida posible. La experiencia demuestra que la rehabilitación psicológica es más eficaz cuando se proporciona en un entorno comunitario (OMS y WAPR, 1997).

Siguiendo a Florit Robles (2006) la rehabilitación psicosocial debe centrarse en aspectos de recuperación o manejo de la discapacidad, pero debe integrarse con una intervención que potencie las fortalezas de las personas y actúe en el propio entorno.

El objetivo es permitir que las PDTP interactúen socialmente, por lo que se necesita de apoyo para que puedan obtener una mejor calidad de vida. Esto significa lograr una preparación para el trabajo, ayuda con la vivienda, colaboración para mejorar el relacionamiento familiar y social. Sobre la base de estos tres aspectos, el Centro tiene como objetivos principales potenciar y facilitar contextos de relación y disfrute del tiempo libre, así como brindar asesoramiento y apoyo a las familias (AMRP et al, 2007). Algo a considerar destacablemente es que no se centra únicamente en el individuo concreto que posee el diagnóstico, sino que abarca a la familia, círculo social y cualquier otro elemento relevante para cumplir los objetivos.

Como se menciona en el Modelo de Centro de Rehabilitación de AMRP et al (2007) “la propuesta metodológica se basa en un conjunto de programas, cada uno de ellos

destinado a modificar las variables de riesgo de recaídas o empeoramiento, o a incrementar factores protectores o modulares de mejoría” (p. 39). Por ejemplo, el aislamiento familiar o una situación conflictiva por parte de la familia sería un factor de riesgo que se aborda a través de un programa de intervención familiar. Por otro lado, menciona que la intervención psicosocial con la familia se realiza a través de dos formatos; la unifamiliar (intervención realizada con cada familia, que suele estar presente el usuario), e intervención multifamiliar (son grupo de familiares, no suelen incluirse los usuarios) (AMRP et al, 2007).

La Rehabilitación Psicosocial entiende que los factores psicosociales inciden en el proceso de enfermar, y teniendo en cuenta que la persona vive en el propio entorno social, es allí donde deben ponerse en marcha los recursos para atender de forma integral a los problemas que la enfermedad produce en las personas, su entorno familiar y social.

Por tanto, busca maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistemas de apoyo y soporte de cada persona y de su entorno. Avanzar hacia la meta de recuperación es reafirmar su autonomía, capacidades y potencial de salud, ya que la recuperación implica construir un proyecto de vida que sea determinado por la propia persona y tomando conciencia de su condición ciudadana (Del Castillo, Dogmanas y Villar, 2011).

### **Qué se Entiende por Psicosis Esquizofrénica**

La consolidación del término para referirse a este tipo de psicosis ha sido modificado a través de la historia, generando diferentes conceptos desde distintos autores e instituciones.

En el campo de las psicosis delirantes crónicas, se encuentran las psicosis con evolución deficitaria, como es el caso de las formas paranoides de esquizofrenia. Según el Tratado de Psiquiatría (Ey, Bernard y Brisset, 1979) la esquizofrenia es un proceso de *disgregación mental* que se caracteriza por un síndrome deficitario de disociación y de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante. En tanto, se constituye el síndrome de disociación ya que se desestructura la consciencia y la personalidad. Esta disgregación se puede considerar como un vacío que tiende a transformarse en un delirio positivo, es decir, el *aspecto autístico*. Los autores mencionan que ambos pilares se caracterizan por lo siguiente: la ambivalencia (antagonismo de dos sentimientos vividos conjuntamente, pero sentidos por separado), extravagancia (pérdida de comodidad y malestar que conduce a la búsqueda barroca y paradójal), impenetrabilidad (hermético de sus intenciones y conductas) y el desapego (retraimiento hacia el interior de sí mismo). El componente autístico conforma lo que se denomina síntomas negativos, y el delirio

paranoide, en conjunto con posibles alucinaciones de distinta índole, constituyen los síntomas positivos.

Siguiendo la misma línea, en la conferencia sobre esquizofrenia, Bleuler (1926) la conceptualiza a partir de lo que denomina síntomas cardinales, donde se presenta un trastorno del pensamiento que se caracteriza por el relajamiento *-lokering-* de las asociaciones habituales, el trastorno en la esfera afectiva y el autismo. Por otro lado, menciona a los síntomas accesorios, aquellos que pueden estar presentes o ausentes en distintas medidas: ideas delirantes, alucinaciones masivas, actos impulsivos sin motivo plausible, etc. Los síntomas cardinales, o como también se llamó, fundamentales, son propios de la esquizofrenia, mientras que los síntomas accesorios pueden aparecer en otros cuadros clínicos. Bleuler (1989) en una de sus publicaciones, concluía que el término esquizofrenia refiere a un grupo de psicosis cuyo curso a veces es crónico y a veces está caracterizado por episodios discontinuos, pero que no permiten una recuperación total de la enfermedad, teniendo en cuenta que la misma se caracteriza por un trastorno específico en el pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior. También menciona al autismo esquizofrénico, como el desapego de la realidad junto con la predominancia de la vida interior, es decir, que no se trata de la pérdida del sentido de realidad sino que esa capacidad se encuentra deteriorada debido a la primacía de los síntomas accesorios.

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009) además de definirse como un conjunto de trastornos psicóticos que son caracterizados por síntomas positivos en el momento de su desarrollo, los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad. Estos síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos como la percepción, ideación, comprobación de la realidad, proceso de pensamiento, sentimientos, conducta, cognición, motivación y juicio.

La forma de entender lo psicótico ha estado sujeto a discursos desde la psiquiatría que dejaron formas explicativas únicamente sintomáticas. Específicamente sobre la esquizofrenia, continúan las investigaciones que buscan respuestas más certeras que expliquen con total evidencia este cuadro. Sin embargo, la esquizofrenia es estudiada desde enfoques reduccionistas que no terminan de aportar la evidencia prometida. Se necesita de una revisión conceptual para llegar a concepciones clínicas más claras (Barreira, 2019).

## **Primera línea: Espacios conectados a través de procesos de duelo**

### ***El dispositivo grupal terapéutico***

En el Centro Psicosocial de Pando se trabaja principalmente con dispositivos grupales, teniendo por un lado diferentes talleres y actividades compartidas, y por otro, los grupos terapéuticos. Es imprescindible contar con un espacio grupal en el tratamiento de rehabilitación acompañado del tratamiento farmacológico en simultáneo.

“La investigación indica que la psicoterapia grupal y la farmacoterapia se refuerzan mutuamente: Se ha observado una tasa de éxito más elevada en el tratamiento de la esquizofrenia cuando la farmacoterapia se combina con la terapia de grupo” (Yalom y Vinogradov, 1996, p.141).

Los grupos terapéuticos, son grupos de tipo abiertos ya que los participantes son seleccionados por la coordinadora, pero el grupo puede recibir a nuevos integrantes con una previa evaluación. Como se mencionó anteriormente, el grupo que será objeto de análisis, estaba integrado por cinco usuarios que serán representados como usuario 1, usuario 2, usuario 3, usuario 4 y usuario 5. También participaron otros usuarios que no serán tenidos en cuenta en el análisis debido a que su concurrencia fue esporádica y no llegaron a consolidarse en el mismo.

Los usuarios del grupo tenían en común la larga permanencia en el Centro, por lo que se conocían entre sí. El grupo se caracterizó por traer temáticas relacionadas a la conflictiva familiar y su progreso de rehabilitación. Evocaban una serie de preocupaciones acerca del relacionamiento con sus familias, teniendo en cuenta que éstas expresaban opiniones sobre el funcionamiento de los usuarios en el Centro que resultaban influyentes en los mismos. Se hizo énfasis en que no veían la posibilidad de egresar del Centro debido a su dependencia con el mismo, esto lo comentaban a través de relatos cargados de angustia y otros a través de la broma. Por otro lado, mencionaron reiteradas veces desasosiego a los intentos de independencia, “fracasos”, dificultades en relaciones sexoafectivas, y pérdidas acumuladas.

Es frecuente que las personas sientan una sensación de que solo ellos tienen esos problemas y experimentan ciertas emociones, o impulsos inaceptables, por lo que en un grupo de terapia se sienten aliviados cuando se dan cuenta de que no se encuentran solos con sus problemas, que otras personas atraviesan situaciones similares. Por ello, los factores terapéuticos de universalidad, el comportamiento imitativo y técnicas de socialización son grandes herramientas en todo el trabajo con esta población. El objetivo de estos grupos incluye lo siguiente: aprender a relacionarse mejor con los demás, aprender a enfrentar problemas de manera más efectiva, como el control de los impulsos, las

alucinaciones auditivas y las ideas paranoides. También funciona para el intercambio de información sobre medicamentos, instalaciones de alojamiento, tratamiento y plan de alta (Yalom y Vinogradov, 1996).

El trabajo con los grupos terapéuticos se complementa con el seguimiento individual, el grupo funciona como un gran sostén para los usuarios en general, pero principalmente para aquellos que tienen una mayor dificultad para la comunicación. La grupalidad permite que aquellos quienes poseen mayor facilidad de comunicación verbal, pueden funcionar como motivadores para los que tienen dificultad para expresarse oralmente. En el caso de los grupos de PDE, el coordinador del grupo es quien debe regular mayormente la fluidez en el diálogo.

El trabajo del terapeuta se focaliza en tres aspectos fundamentales: fomentar las interacciones entre los miembros en todas las formas posibles; propiciar actos altruistas; intervenir con habilidad y energía para controlar cualquier comportamiento que perturbe el desarrollo de la reunión (Yalom y Vinogradov, 1996).

En cuanto a la dinámica interna del grupo, el usuario 2 era el que siempre tenía la iniciativa para comenzar a hablar, expresaba todo lo que pensaba y sus inquietudes más recientes, mencionaba que le incomoda el silencio y a veces sentía la obligación de "*tener que decir algo*". Tenía gran interés en ser escuchado y en recibir devoluciones, como también escuchaba atentamente a sus compañeros y los animaba a participar.

El usuario 1 también tenía facilidad para expresarse en el grupo, tendía a cerrarse sobre monólogos que, a veces, perdían el hilo conductor, pero mostró interés en ser escuchado y escuchar al resto.

El usuario 3 tenía un poco de dificultad para comenzar a hablar, pero una vez que lo hacía lograba explicar sus sentires y pensamientos. Pocas veces mantenía contacto visual y siempre se mostraba inquieto en la silla y/o haciendo movimientos con sus manos o cualquier objeto. En algunos momentos se estancaba en una idea y eso le generaba ansiedad que manifestaba a través del cuerpo o a través de una necesidad abrupta de irse, aunque aún faltase tiempo para terminar la hora. El usuario 4 participaba cuando el tema acaparaba su atención, de lo contrario se mantenía en silencio escuchando atentamente. En los encuentros que estuvo el usuario 4, presentó poco interés en expresarse pero se limitaba a contar cómo iba en el ámbito laboral.

En cuanto al usuario 5, era el que mayor dificultad tenía para la comunicación verbal, se limitaba a responder preguntas y luego volvía a un estado de extrema quietud. El usuario 5 se limitaba a responder preguntas, a decir cómo se sentía en ese momento, a contar lo que estuvo haciendo en los últimos días.

El estímulo y la retroalimentación que reciben los usuarios de sus compañeros en el grupo, aumenta la adherencia al tratamiento y planificación del mismo, además reduce la

deserción de manera más efectiva que el seguimiento de manera individual. Se afirma además, que la educación sobre la toma de medicación con sus los efectos, mediante el intercambio entre los usuarios, el apoyo, la seguridad y continuidad, colabora a mantener la grupalidad a lo largo del tiempo, ayudando a los usuarios a continuar con el tratamiento y a reducir el riesgo de una nueva hospitalización (Yalom y Vinogradov, 1996). En esta misma línea, Parra (2019) entiende que la psicoterapia grupal facilita un espacio de seguimiento semanal, que contribuye a que los usuarios puedan compartir experiencias similares, producir nuevas maneras de vincularse, y obtener habilidades para afrontar la enfermedad.

El comienzo de esta intervención coincidió en fechas con la reanudación de las asambleas multifamiliares, coordinadas por la psicóloga y/o psiquiatra del Centro. Según lo mencionado en el Modelo de centro de rehabilitación psicosocial (AMRP et al, 2007), el espacio grupal es el primer paso para reducir la sensación de aislamiento y estigma; permite el intercambio de experiencias y miedos comunes entre los miembros de la familia, presentándose como un espacio tolerante y no amenazante para las personas. La familia promueve la participación activa, aumenta el compromiso familiar y la cooperación con los profesionales en el proceso de rehabilitación.

En el Centro las asambleas son conjuntas con todos los familiares, pero en general, las intervenciones multifamiliares se dividen entre familias con usuarios de reciente diagnóstico y familias con usuarios que ya tienen alguna experiencia en esta área, porque las familias de usuarios con diagnóstico reciente, suelen ser personas que necesitan más información, orientación y expectativas. Estas familias a menudo sufren de un alto nivel de ansiedad, ya que todavía están en las etapas de duelo y lidiando con las consecuencias del diagnóstico (AMRP et al, 2007).

En ambos espacios de trabajo, muchas temáticas tendían a cruzarse y ello sirve como fuente para detectar problemáticas que necesitan ser trabajadas en conjunto. Razón que justifica la necesidad de trabajar desde una atención integral en salud. Muchas preocupaciones y malestares manifestados por los usuarios en los grupos terapéuticos coincidían con preocupaciones de familiares expresados en estas asambleas. La intervención en los distintos ámbitos permite trabajar las demandas con todos los actores involucrados en la problemática diagnosticada.

### ***Procesos de duelo en Personas con Diagnóstico de Esquizofrenia (PDE)***

Todo sufrimiento psíquico en sí mismo puede ser una causa importante de pérdida, tanto para quien lo padece como para las personas cercanas. Atravesar un duelo después de un diagnóstico de trastorno persistente es común y frecuente, es una experiencia clave por la que se debe transitar, ya que parte de la recuperación de una persona es entender lo

que pasó. Tras la aparición de la enfermedad, las habilidades y capacidades se ven limitadas y la calidad de vida es afectada en muchos casos, así como la forma en que se relaciona con el mundo.

Tari García y Ferrer Dufol (2011) afirman que durante el desarrollo del trastorno se atraviesa por muchas pérdidas en áreas diversas y en diferentes momentos, por lo que lo llaman *duelo acumulativo*. Establecieron tres tipos de factores que influyen en el tratamiento del duelo: intrínsecos al tipo de duelo, por factores microsociales y factores relacionados con la capacidad de la persona para afrontar la pérdida. Esta última no es ni completa ni irreversible, y la esperanza de recuperación puede dificultar socialmente el enfrentamiento de los implicados, por ello, es fundamental que la persona y su entorno reciban atención en el procesamiento y manejo emocional desde el momento del diagnóstico. De lo contrario, un duelo mal gestionado contribuirá a agravar la situación.

Por otro lado, Valencia Agudo (2014) toma el concepto de Pauline Boss sobre la *pérdida ambigua*, como aquel duelo que permanece sin resolver. Sugiere dos tipos de pérdida ambigua: cuando una persona está físicamente ausente pero no psicológicamente (por ejemplo, desaparecida) o cuando un ser querido está físicamente presente, pero no psicológicamente. Este último caso sería aplicable a la esquizofrenia, tanto en lo que se refiere a la pérdida relacional que sufre la familia, como al propio paciente ya que los roles han cambiado. Además, la pérdida ambigua implica ausencia de validación social -la contención que recibe el individuo por parte de la sociedad- y de ritualización -procedimientos que cada cultura tiene para despedir a la persona ausente. Es decir, para algunas pérdidas no existen rituales en la sociedad que ayuden a una persona a legitimar su duelo.

El duelo es compartido, la familia también añora lo dejado atrás y trata de adaptarse a las nuevas circunstancias. Los allegados al paciente deben aceptar la idea de que el hijo, la pareja o el padre pueden no ser los mismos y por tanto hay que tenerlo en cuenta. Los procesos de duelo individuales y familiares están interconectados, por lo que la comprensión de cada parte del trastorno y las expectativas acerca de la recuperación se influyen mutuamente y se adaptan entre sí (Valencia Agudo, 2014).

Algunos autores proponen que se trata de atravesar distintos tipos de duelo desde el inicio de la enfermedad, por lo que, en un primer momento se padece un duelo por el diagnóstico, pero posteriormente existe un segundo duelo propuesto por Tari y Ferrer (2011) entendido como los esfuerzos que debe realizar la persona para normalizar su vida, después de un tiempo en el rol de paciente. Es importante tener en cuenta que en este momento puede perder la atención y el interés por el entorno o enfrentarse a determinadas situaciones y tareas para las que no se siente preparado.

Esto último se podía observar en el usuario 2 que expresaba tener miedo a trabajar, ya que llevaba muchos años sin hacerlo y la idea le resultaba demasiado estresante. Su temor por enfrentarse a un escenario nuevo, que quizás conoció en su etapa previa al diagnóstico, pero luego del mismo, las actividades más cotidianas se vuelven un desafío, al tener que enfrentarlas desde otra posición donde el sujeto se encuentra reconstruyéndose.

También el usuario 3 reiteradas veces tenía entusiasmos esporádicos por retomar los estudios pero no son sostenidos en el tiempo, ya que lo obstaculizaba pensar que no es “*el mismo de antes*”.

Tanto en el discurso como en la expresión no verbal de los usuarios, se podía reflejar sentimientos depresivos en torno a distintas pérdidas y sus esfuerzos de recuperarlas. En algunos encuentros el usuario 3 llegaba con ira y enojo que, en un principio, decía ser hacia el Centro y los funcionarios. Se molestaba por los cambios y modificaciones que ocurrieron durante ese año, se mostraba molesto por renunciaciones de algunos funcionarios y por las pérdidas. En algunos momentos generaba un enfrentamiento hacia quienes coordinaban el grupo terapéutico, cuestionando la función del mismo. El enojo que en un principio lo plasmaba en los funcionarios, terminaban destapando una impotencia de querer retomar los estudios pero no hacerlo por no sentirse capaz.

El duelo puede expresarse a través de la ira, la frustración o como más síntomas del trastorno psicológico. También pueden manifestar irritabilidad o agresividad cuando ven que tienen dificultades para realizar determinadas actividades que antes podían hacer (Lafond, 2000 como se citó en Valencia Agudo, 2014).

También Young, Bailey y Rycroft (2004) mencionan las pérdidas relacionadas a las expectativas de futuro, las cuales constituyen los logros personales, completar los estudios, conseguir la independencia, tener hijos, etc. Tanto el usuario 1 como el 2 y el 3, mostraban un deseo por conseguir determinado nivel de independencia, deseo que se cortaba con el sentimiento de desesperanza por fracasos momentáneos.

El usuario 2 en el medio de cualquier explicación varias veces declaraba “*es que nosotros estamos enfermos*” para justificar la falta de comprensión de otros. Esto se puede pensar desde Young et al., (2004) cuando mencionan que la persona que experimenta un problema de salud mental puede ver la tristeza en los miembros de la familia y sentirse culpable por causar tanto dolor. Esto puede generar que sea más 'indecible' el propio duelo del individuo. Son conscientes de que las familias tienen expectativas sobre el futuro de ellos mismos, entonces, cuando este futuro es tomado como *rehén* por el cuadro clínico, se termina instaurando el “*yo no puedo*” como impedimento para poder simbolizar un futuro posible quedando el sujeto sometido a un duelo constante.

Se han propuesto cuatro tipos de pérdida: pérdida de habilidades y algunos aspectos que definen a una persona (valores, intereses, etc.); pérdida material, incluyendo el trabajo,

la propiedad, el nivel socioeconómico o incluso la propia vivienda; pérdida de una relación, familiar, pareja o amigo; pérdida de proyectos o experiencias importantes; se trata de lo que el usuario no va a tener por el problema que padece (Valencia Agudo, 2014).

El usuario 3 reconocía dificultades en relación a su deseo por volver a estudiar y sostenía que en ese entonces, no contaba con las mismas capacidades haciendo énfasis en su *“mala memoria”*, *“para estudiar necesitas buena memoria”*. El usuario 2 también insistía reiteradas veces en tener dificultades para recordar determinadas cosas. Generalmente, la función mnésica es afectada en los casos de esquizofrenia debido al deterioro de la memoria declarativa verbal, espacial y episódica (Barrera P, 2006), sin embargo, estas disfunciones pueden ser trabajadas en espacios de estimulación cognitiva.

Según Valencia Agudo (2014) es habitual que el paciente reciba críticas por parte de sus allegados, que en ciertos casos no llegan a comprender la situación por lo que está pasando. La familia tiene que organizarse para hacer frente a una situación que les afecta a nivel social, emocional y económico. El usuario 2 cuenta algunas conflictivas familiares que surgen a raíz de problemáticas de consumo de su hermano y afirma que *“capaz que lo de mi hermano es peor que lo mío pero lo entienden más que a mí”*.

Para que sea eficaz el desarrollo de la rehabilitación es indispensable contar con el apoyo social más cercano y el respaldo de las políticas públicas. En el grupo terapéutico se expresaban conflictivas que surgían en el núcleo familiar, lo cual inevitablemente influye en la autopercepción del paciente. En las asambleas se reflejaba la falta de comprensión desde algunas familias sobre las complejidades del sufrimiento psíquico y sus concomitantes. En ciertas oportunidades se generaba una dicotomía entre el intento de querer promover la autonomía de la persona, al mismo tiempo que se restringía el uso de determinados actividades domésticas. Una madre, en las asambleas multifamiliares, manifestaba estar satisfecha con los avances que podía percibir en su hijo, sin embargo, exclamaba *“él quiere usar el lavarropas pero me da miedo (risas) no quiero que me lo rompa”*.

Para el usuario es una constante lucha entre intentar mejorar aquello que está afectado e intentar demostrarle a sus allegados sus logros. Es imprescindible el apoyo de toda la sociedad para el buen desarrollo de la recuperación, pero es fundamental el de las personas más cercanas, para promover confianza en el tratamiento que se realiza y en los equipos encargados del mismo. Si tenemos en cuenta todas las pérdidas en el marco de este duelo acumulativo, lo que juega de trasfondo es el sentimiento de perderse a uno mismo.

El usuario 3 hablaba de su hermano menor a quien deseaba proteger pero reconoce limitaciones y reflexiona *“no puedes cuidar a alguien si vos estás mal”*. La pérdida que subyace a todas las demás es el duelo que el paciente ha de hacer por su identidad,

repentinamente se modifica el sentido de sí mismo que se va construyendo en función del relacionamiento con el entorno y de las actividades cotidianas (Valencia Agudo, 2014).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la problemática tiene dos aristas, por un lado el proceso de duelo que atraviesa la PDE, pero también entender que la familia atraviesa diferentes procesos de angustia y frustración.

Varios familiares coincidían en la dificultad de entender que el proceso de salud-enfermedad en el marco de un tratamiento de rehabilitación, no es lineal, sino que inevitablemente pueden suceder recaídas y estancamientos.

Asimismo compartían la interrogante de no saber hasta qué punto, sus actitudes de disposición para apoyar al usuario significa ayudar, y cuándo comienza a ser un obstáculo para promover la iniciativa. Algunos traían la idea de que el usuario no puede realizar determinadas actividades, asegurando que siempre tendrán que estar a su lado para la más mínima tarea, otros se sentían reconfortados por los pequeños progresos. Familiares con usuarios de un ingreso más reciente, depositan en el grupo una carga de angustia por las complicaciones para afrontar su situación particular.

En uno de los encuentros, el padre del usuario 4 tenía la preocupación acerca de su hijo ya que el mismo estaba teniendo un comportamiento más aislado de lo normal y lo notaba altamente angustiado. Junto con ello se sospechó que tampoco estaría tomando la medicación correspondiente en la hora indicada, debido a su desajuste en la rutina diaria y los ciclos de sueño-vigilia.

Este tipo de recaídas son parte del proceso de recuperación, por lo que es indispensable que el entorno cercano y cuidador sepa de las diferentes fases, y aún así, se entiende que los procesos no son lineales hasta que suceden y las angustias aparecen de todas formas. Por ello la importancia de contar con un espacio de apoyo y referencia, como lo es el Centro.

Es esencial el tratamiento de los distintos tipos de duelo que atraviesa la persona afectada, si partimos desde la idea que los episodios depresivos conllevan la desesperanza, esta misma es un factor de riesgo y un retroceso que estanca el camino de la persona. En este sentido, Kim, Jayathilake y Meltzer (2003) hallaron que uno de los mayores factores de riesgo de suicidio es la desesperanza.

A veces en los discursos de las personas se perciben rasgos desalentadores, de desmotivación y poca esperanza. El usuario 2 reiteradas veces hacía bromas sobre su estadía “eterna” aludiendo que se visualiza “*llegando al Centro con el bastón*”.

En lo que respecta a la población de usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial, se podía observar las manifestaciones mencionadas de procesos de duelo no transitados, en relación a las etapas que transitan las PDE. Sin embargo, es sustancial aludir a los cambios que, como se mencionó anteriormente, se vieron enfrentados durante el

período mencionado, específicamente sobre la pérdida de una figura referente, pérdida que indudablemente generó otras angustias en los usuarios.

Cada vez se enfatiza más la importancia de trabajar los duelos en la esquizofrenia, en primer lugar para aliviar el sufrimiento de la persona y en segundo lugar porque la pérdida puede conducir a una depresión pospsiquiátrica, abandono de los servicios o aumento del riesgo de suicidio. Para muchos autores, el primer paso es comprender y validar las emociones de los profesionales, y por supuesto del entorno. En la práctica común, visualizamos a los usuarios y sus familias con problemas complejos, desde un punto de vista clínico y psicosocial, la idea es no ignorar experiencias personales, fortalezas, deseos y preferencias (Valencia Agudo, 2014). Otro proceso importante es comprender lo que sucedió. Un episodio psicótico es algo que muchas veces trastoca una historia personal pasada, por lo que es importante reconstruir lo sucedido, darle sentido y tratar de lograr una continuidad de la experiencia (Valencia Agudo, 2014).

Young et al. (2004) destacan la importancia de reconocer y nombrar las pérdidas porque puede ser un alivio para ellos y sus familias, el hecho de brindar un espacio para hablar sobre las posibles pérdidas tiene un gran valor terapéutico. Preguntar acerca del impacto único en la vida de la persona y nombrar tentativamente las experiencias como procesos normales de duelo es reconfortante y transformador. Hacerlo seguro para que la persona exprese una gama de emociones que típicamente acompañan al duelo puede aumentar la posibilidad de que tales experiencias dolorosas puedan ser transitadas e integradas.

## **Segunda línea: La rehabilitación desde circunstancias protectoras y de riesgo**

La epidemiología social sostiene que “la salud es una consecuencia de determinantes sociales y no sólo de características individuales y que la estructura social influye en la salud pública” (Alarcón, 2009). Siguiendo esta línea, al hablar de cuadros clínicos psicológicos, existen factores que se consideran riesgosos para padecer y/o empeorar el proceso de salud-enfermedad de una persona.

Desde la Rehabilitación Psicosocial Integral se trabaja desde el modelo de vulnerabilidad creado por Zubin y Spring (1977) el cual se basa en modelos biológicos, evolutivos y ecológicos. Es decir, aquellos que adjudican la etiología de la enfermedad a una disfunción orgánica, a un proceso psicológico y a un proceso determinado por el ambiente.

La vulnerabilidad está determinada por factores tanto genéticos como adquiridos (predisposición) que actúan sobre los eventos críticos (estrés) que determinan el inicio de una crisis, y que el estrés puede considerarse agudo (un evento particular) o crónico, como una condición de estrés continuo (AMRP et al, 2007).

Previo a un episodio psicótico existen factores predisponentes que apuntan a un mejor pronóstico o a un peor pronóstico, pero cuando una persona pasa por un episodio y se cronifica, la Rehabilitación Psicosocial ayuda a reducir la probabilidad de recaída.

### ***Los factores de riesgo en PDE***

Zubin y Spring (1977) consideran que las conductas y variables de riesgo son aquellas que pueden desencadenar una crisis en una personalidad altamente vulnerable. Según la OMS (2004) los factores de riesgo están asociados con mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud.

Los factores de estrés psicosocial son los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), el Estrés Percibido (EP) y las Experiencias Traumáticas (ET). Desde el Modelo de Centro Psicosocial (AMRP et al, 2007) se considera que un tipo de variables y conductas de riesgo son las denominadas medioambientales, ya que se refieren a la sucesión de acontecimientos vitales estresantes, que se abordan trabajando sobre las formas de afrontamiento (Vila Badia, 2018).

Los AVE son eventos que directa o indirectamente afligen a las personas y los desafían con perjudicar sus actividades diarias y sus estrategias compensatorias (Cornes, 1994). En el Centro Psicosocial el enfrentamiento a situaciones estresantes se trabaja directamente en los grupos terapéuticos, en consultas individuales, pero también en talleres, como por ejemplo, de teatro, donde se despliega el trabajo de las emociones a través de la simulación de situaciones donde se aprende el comportamiento imitativo en eventualidades que pueden resultar estresantes.

Otra variable de riesgo medioambiental, es la emoción expresada, este concepto refiere a los niveles de hostilidad, sobreimplicación emocional y críticas expresadas por familiares de PDTP que constituye una variable de recaídas. Esto no está directamente relacionado con la etiología de la enfermedad sino que parece más bien una forma de enfrentarse o adaptarse a ella por parte de la familia, además parece haber evidencia de que las PDTP y familias con un estilo de alta emoción expresada, tienden a recaer más fácilmente cuanto más tiempo tienen en contacto diario con los miembros de la familia (AMRP et al, 2007).

La forma de trabajar sobre esto es por medio de intervenciones familiares, como las asambleas, con una familia en particular, o en conjunto con el usuario y familia. La expresión emocional puede verse reducida por el pleno apoyo social de la familia, lo que alivia el aislamiento (una característica de estas familias) y las hace sentir apoyadas (AMRP et al, 2007).

Por otro lado, están las conductas y variables de riesgo personales, como el abandono de la medicación y el consumo de tóxicos (AMRP et al, 2007). El trabajo sobre la importancia de seguir el tratamiento farmacológico es constante en el Centro, se dan charlas específicas sobre el tema, como en talleres de cuidado personal, ya que es una problemática vigente en el mismo. En los grupos terapéuticos se menciona reiteradas veces y se intenta que, entre los integrantes del grupo, se apoyen mutuamente para cumplir con la toma de la medicación, teniendo en cuenta la relevancia de mantener la continuidad del tratamiento farmacológico.

En cuanto al consumo de sustancias, es una problemática subyacente y frecuente en la esquizofrenia. En las entrevistas de pre ingreso al Centro de Pando, se indaga sobre ese aspecto ya que en caso de, además del diagnóstico de esquizofrenia, presentar un consumo problemático, la persona debe tratar primero este último. En el Centro se presentan varios casos de usuarios con consumo de alcohol y THC; siempre que se presenta una situación evidente de consumo se interviene inmediatamente debido al deterioro que generan las drogas psicoactivas en el tratamiento de psicosis. En la mayoría de entrevistas de pre ingreso, los usuarios mencionan que antes del primer episodio psicótico eran consumidores frecuentes de cannabis, entre otras.

Generalmente las PDE o primer episodio psicótico suelen tener como antecedente patológico el abuso de sustancias, siendo las más frecuentes el cannabis y el alcohol. Además aquellos que consumen estas sustancias presentan de forma más temprana el primer episodio psicótico, hay estudios que afirman que el abuso de sustancias como el cannabis precede al primer episodio (Lucín y Tigrero, 2020).

El Estrés Percibido sería otra forma de medir un nivel de riesgo, siendo el resultado del estrés que siente una persona delante de situaciones objetivas estresantes y los recursos personales e intrínsecos que el individuo tiene, como por ejemplo la personalidad, las estrategias de afrontamiento, la resiliencia etc. (Vila Badia, 2018). Para reducir el daño del estrés percibido es importante trabajar sobre los recursos personales con los que cuenta la persona y generar otros pertinentes.

Además de las mencionadas, hay otro tipo de conductas y variables de riesgo de tipo moduladoras; una de ellas es la falta de soporte comunitario, no tener redes a nivel social juega un papel importante en tiempos de crisis y pone de manifiesto el aislamiento personal y social de los usuarios (AMRP et al, 2007).

Es imprescindible identificar mecanismos que incrementen las redes de apoyo, estimulen las relaciones interpersonales y faciliten el acceso a la mayor cantidad posible de recursos sociales. Los riesgos están relacionados con la mayor probabilidad de acontecimientos vitales que pueden estresar al individuo (AMRP et al, 2007).

En esta misma línea, es pertinente nombrar al estigma y la discriminación como factores de riesgo; fenómenos que se intentan abordar a través de estas actividades comunitarias y sociales, que intentan transformar la subjetividad de los actores sociales, pero que depende de transformaciones culturales de toda la población. En el marco de esta problemática, el Centro ha abordado el tema; durante el mes de octubre de 2021 se planifica, en conjunto con la policlínica de Pando, la conmemoración del día de la Salud mental (10 de Octubre). La consigna se conformó a partir de las ideas de los usuarios que se centraban en crear carteleros con palabras y frases aludiendo a la concientización sobre la salud mental y no discriminación. Esta idea sirvió como insumo para generar espacios grupales dedicados a hablar sobre el tema. En este sentido, los usuarios compartieron experiencias personales y opiniones sobre la estigmatización, vivencias dolorosas y significativas. Además mencionaron cómo dicho fenómeno no se da únicamente en el afuera, sino dentro de sus propias casas y con su familia.

Florit Robles (2016) nos señala la importancia de intervenir sobre el estigma social en la esquizofrenia, teniendo en cuenta que el mismo se manifiesta en diferentes facetas de la vida; alojamiento (dificultades para encontrar vivienda), en la comunidad (movimientos vecinales que reaccionan negativamente ante la noticia de la apertura de un centro en la cercanía), integración laboral (escasa contratación de empresas hacia personas con el diagnóstico), y la negativa de que alguien con esquizofrenia forme parte de un grupo social. La autora menciona que estos puntos dificultan la mejoría de la PDE y que el estigma no es exclusivo de la sociedad sino que también es llevado por profesionales de la salud, por ello resulta sumamente necesaria la capacitación en el tema en los equipos de salud.

Además, también se puede dar lo que se conoce como autoestigma, definido como “las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Como el estigma público, el autoestigma consta de estereotipos, prejuicio y discriminación.” (Muñoz y Uriarte, 2006, pp.52)

Estos comportamientos, actitudes y formas de actuar, impactan en las PDE de tal forma que condicionan su actuar y su forma de estar y posicionarse en el mundo. El trabajo en rehabilitación no logra completarse si las redes sociales y la comunidad no aportan desde su lugar a la inserción.

### ***Los Factores Protectores en PDE***

Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo (OMS, 2004). Es muy importante el Apoyo Social (AS), el sentimiento subjetivo de ser respetado, valorado y querido por las demás personas y sentir que forma parte de una red social (Vila Badia, 2018).

El Centro cuenta con varias actividades en cooperación con otras instituciones de Pando, que se realizan en contacto con el público, lo cual promueve una forma de insertarse en la comunidad. Los usuarios cuentan con la Casa de la Cultura donde pueden realizar talleres en conjunto con otras personas del barrio, en el Centro Cultural de Pando realizan muestra de teatro abiertas al público, asisten semanalmente a la Plaza de Deportes a realizar ejercicio físico y otras actividades, como también la huerta comunitaria implementada en el Hospital.

Además de la red social externa, una variable que modula la resolución favorable de las crisis son las habilidades sociales y la capacidad personal para enfrentarse a situaciones que impliquen ansiedad o distimia. Es necesario el trabajo de entrenamiento en estas habilidades para que el usuario sea capaz de afrontar y manejar adecuadamente ese incremento de su actividad diaria y de relaciones personales que su implicación en un proceso de rehabilitación va a producir (AMRP et al, 2007).

Vila Badia (2018) menciona como factor protector, a las Estrategias de Afrontamiento (EA) aquellas que se definen como un conjunto de esquemas mentales que utiliza el individuo para manejar diferentes demandas, ya sean internas y/o externas, y que el individuo considera que exceden a sus propios recursos. Menciona que las EA pueden clasificarse de diferentes maneras en función de los autores y las escalas de evaluación, pero en general se clasifican en: estrategias de evitación, estrategias enfocadas a la emoción y estrategias enfocadas a la tarea. Además, algunos estudios que han evaluado personas con diagnóstico de psicosis han encontrado que muestran EA desadaptativas y mayor reactividad emocional.

En el trabajo con PDE se tiende a generar y mantener rutinas, sostener una organización y estabilidad. Algunos usuarios tienen mayor dificultad para generar hábitos rutinarios, y a otros la rutina les sirve como sostén general de su vida. El hecho en sí mismo de concurrir al Centro, para la amplia mayoría es su tarea principal en la cotidianeidad. Durante el año 2021, debido a modificaciones en el sistema de transporte, se presentaron problemáticas en relación a los boletos gratuitos que reciben los usuarios, específicamente por el cambio de trayecto de las unidades de transporte. Esto generó que la rutina de algunos, donde cada día frecuentaban en el mismo ómnibus de siempre, se interrumpiera, o que su tarjeta de boletos tuviera fallas. Estas situaciones, que pueden ser estresantes para **una persona neurotípica**, en el caso de las PDE, es un factor de estrés movilizador. Algunos de los usuarios se encontraron al borde de descompensación, por lo tanto, se destaca la importancia de trabajar sobre las habilidades de afrontamiento frente a situaciones estresantes.

Siguiendo el Modelo de Centro AMRP et al (2007) respecto a los factores de protección, es fundamental el aumento de su conciencia de enfermedad así como su

capacidad de autocontrol para articular un estilo de vida saludable y de protección en función de la existencia y asunción de una vulnerabilidad personal alta.

Rosillo, Hernández y Smith (2013) sostienen que actualmente empiezan a tomar peso variables psicológicas tan importantes como la esperanza, la sensación de autoeficacia, la autoestima o incluso como variables más sociales la ausencia de desventaja social.

También es fundamental el desarrollo de la resiliencia como factor protector, ya que la misma “es aquella capacidad del individuo para afrontar con éxito una situación desfavorable o de riesgo, y para recuperarse, adaptarse y desarrollarse positivamente ante las circunstancias adversas” (Vila Badia, 2018, p.18). Alcanzar un estado de resiliencia va de la mano con la tramitación adecuada de los procesos de duelo propios en la esquizofrenia, duelos que se configuran como factores riesgosos en la medida que obstaculizan el proceso de recuperación e influyen en un empeoramiento.

María Alejandra Silva y Diana Restrepo (2019) consideran que la recuperación en esquizofrenia depende de condiciones internas y condiciones externas. A nivel interno, es importante la esperanza, el sentido de identidad más allá de la enfermedad, empoderamiento personal, saber hacer frente al cuadro clínico y la conexión social. A nivel externo, se deben garantizar los derechos humanos, vencer el estigma, la cultura de respeto que fomente el crecimiento del paciente y los servicios médicos orientados a la recuperación. El Centro como medio hacia esa recuperación puede encargarse de reducir los factores de riesgo mencionados y de promover factores protectores, funcionando el mismo como tal.

### **Tercera línea: Las vicisitudes institucionales de un equipo de salud trabajando con PDTP**

#### ***Lo que circula en la institución***

El trabajo interdisciplinario en el área de la salud es fundamental para abordar e intervenir sobre las problemáticas existentes, ya que la nueva concepción de salud no es monocausal ni biologicista, sino que implica un análisis y tratamiento biopsicosocial. En nuestro país, el modelo de atención en salud ha tenido cambios que han sido beneficiosos tanto para las personas (usuarios) del sistema de salud y también para las disciplinas que durante muchas décadas han estado al margen en este ámbito. Con el SNIS se logra el Plan de Implementación de Prestaciones en salud mental (2011) el cual pronuncia que la enfermedad está directamente vinculada al entorno familiar y social y que para entender las diferentes problemáticas contempla a la multidisciplina como herramienta indispensable para el abordaje de las diferentes situaciones de salud y enfermedad.

Como dice Stolkiner (2005) “la función del psicólogo en las prácticas en salud no es ocuparse de los problemas o patologías ‘mentales’, sino de la dimensión subjetiva del proceso de salud- enfermedad-atención (p.2).”

Es fundamental que se genere un trabajo de equipo interdisciplinario que permita atender e intervenir integrando los diferentes aspectos que hacen a una persona. Para trabajar en salud se necesita relaciones interpersonales que forman una red de diferentes conocimientos, cuerpos teóricos y herramientas que indudablemente hacen posible intervenciones más acertadas, enriquecidas y beneficiosas, que producen conocimiento y subjetividad de manera más diversificada.

El trabajo en equipo implica tener la capacidad para generar espacios que permitan el diálogo, circulación de pensamiento a nivel grupal y que sea efecto de una articulación de saberes y prácticas de todas las disciplinas implicadas, hay que aprender a percibir patrones de interacción personal que obstaculizan el aprendizaje grupal (Pozner, 1997, citado en Viera, 2007).

En el equipo de salud del Centro de Pando se pueden examinar dos vertientes de análisis; por un lado las dinámicas institucionales que aparecen en el funcionamiento interno, y por otro, las vicisitudes que aparecen en el trabajo con población vulnerable.

El equipo técnico del Centro tiene como potencial los beneficios de la multidisciplinariedad y el encuentro de saberes, además del énfasis en la predisposición de cada uno de los técnicos, quienes contribuyen con todas las herramientas y recursos que cuentan para dar el mejor resultado. Sin embargo, el equipo inevitablemente ha atravesado diferentes obstáculos, siendo sumamente relevante la pérdida de una compañera, hecho que se mencionó anteriormente, lo cual dio lugar a etapas complejas de funcionamiento.

El trabajo dentro de una institución no es sencillo ya que la misma carga con sus propias reglas y modos de funcionar. La institución precede al individuo singular y lo somete a su mando, ofreciéndole una ley y un lenguaje propio que define un conjunto de limitaciones que crean sufrimiento. Asimismo, estas mismas reglas son las que componen el esqueleto de la institución como un todo, que permite la configuración de trabajo entre sus participantes desde un sentido de pertenencia que funciona como motor del trabajo individual y colectivo (Bibbó, 2016).

La institución que actúa como soporte ofrece modelos de identidad y pertenencia que aporta la unidad a sus miembros; el “Soy de...”, así como signos comunes y asociaciones inconscientes implican relaciones complejas que mantienen la identidad (Bibbó, 2016).

Bibbó (2016) menciona un concepto fundamental para la comprensión del trabajo en las instituciones que es el de *tarea primaria*, es una fuente de identificación que refuerza el sentimiento de pertenencia a un colectivo determinado y a su vez se diferencia de lo que no pertenece. Ese sentimiento identificador compartido se pone en juego con el pensar juntos.

Gonzalez (2021) sostiene que las instituciones dedicadas al cuidado de la salud mental son alienantes o des-alienantes, que la tarea primaria no implica un funcionamiento lineal y sin fisuras, por ello se hace necesario explorar su funcionamiento y ver sus efectos sobre los sujetos que interactúan en su marco.

El Centro Psicosocial está encaminado hacia los objetivos de rehabilitación mencionados anteriormente, pero se mueve por el trabajo conjunto de cada uno de los miembros del equipo. En este contexto, se entiende que en la vida institucional pueden generarse situaciones que pueden anular el movimiento y como tal, la disponibilidad del equipo para la sublimación, porque cuando el sufrimiento no es reconocido como tal, activa mecanismos de defensa institucionales, en estos casos la angustia pierde su potencial transformador y funciona como obstrucción en la medida que dificulta la tarea primaria de la institución (Bibbó, 2016).

En el equipo se generaban situaciones donde se manifestaban disconformidades, molestias e inquietudes, pero volcadas desde lo individual y a través de otras emociones, donde posiblemente existía de forma subyacente, la angustia. El malestar corresponde a un proceso colectivo, sin embargo, las expresiones del mismo se dan a nivel individual.

Gonzalez (2021) explica que para entender, participar y/o intervenir en una institución, es importante reconocer lo que se desplaza en un momento dado, ya sea como dato, rumor y/o imaginario; y que sirve de vehículo dotado de sentido que genera efectos para las personas, que pueden provocar angustias y provocar situaciones conflictivas. Además, siempre son los individuos los que ponen en marcha al circulante; pero el mismo es transpersonal ya que implica un proceso colectivo que refiere a situaciones propias de la institución.

De parte de algunos miembros del equipo técnico se manifestaba explícitamente la sensación abrumadora de la monotonía y ese sentimiento de no avanzar hacia objetivos concretos, lo que podemos traducir como la imposibilidad de no alcanzar la tarea primaria de la institución. Bibbó (2016) dice que algunos de los síntomas orientadores de la existencia de sufrimiento en la institución son la parálisis o aturdimiento, que va de la mano con el sentimiento de que *no pasa nada*, que *siempre es lo mismo*, pura rutina y repetición. Por otro lado, puede darse como activismo improductivo consumido en tareas secundarias.

Se observa reiteradas veces la fijación de un discurso que no tolera cambios, arraigado a reglas y funcionamientos ya instalados que no permiten la apertura a nuevas propuestas, esto Bibbó (2016) también lo menciona cuando habla de que un síntoma de aquello transferencial que circula, se da en la aparición de ideas fijas que se repiten insistentemente, odios manifiestos y el ataque a las propuestas innovadoras.

Lo circulante es un concepto surgido de la clínica y está referido a la dimensión institucional inter y transpersonal donde acontecen situaciones problemáticas que se reiteran una y otra vez provocando, como se dijo, angustia, conflicto y sufrimiento (Gonzalez, 2021).

En un grupo con estas características se puede observar la fijación de ideas que no permiten la generación de otras que propongan algo distinto, ya que lo nuevo es percibido como amenazante, en la medida que se relaciona con cambios, los cuales generan ansiedades y fantasías persecutorias que movilizan miedos. Es decir, la vivencia en este tipo de instituciones se mide desde una dicotomía entre el afuera y el adentro, por lo tanto, todo lo que está en el adentro ya instituido es lo aceptado, mientras que aquello que viene de afuera, lo que no conozco, se recibe como desafiante y amenazador.

Aquello que circula tiende a nacer en uno de los miembros pero tiene un efecto de resonancia en el resto. La resonancia podemos definirla como aquello que un miembro privilegiado de un grupo promueve y tiene eco en los demás, admite trabajar sobre aquello que fue puesto a circular porque tuvo eco y disparó una vulnerabilidad (Gonzalez, 2021).

De acuerdo a Bleger (1966) el sufrimiento se torna patológico cuando la institución no es capaz de reconocerlo, significar y simbolizar, lo que deja como consecuencia que no se encuentren alternativas de tramitación. De esta manera se pierde la capacidad de pensar, deteriorando el funcionamiento y el logro de las metas definidas por la tarea primaria.

La angustia puede generar un tipo de respuesta que Bibbó (2016) llama *nuclearse con los pares*. El agrupamiento refuerza los lazos lo cual favorece el desarrollo de la tarea y la construcción de espacios compartidos que funcionan como sostén y lugar para tramitar el sufrimiento. Pero cuando este nucleamiento resulta excesivo produce escisiones institucionales con tendencia al aislamiento, es decir, esto utilizado en principio para aliviar el sufrimiento, termina de mantenerse, por limitar la capacidad de asombro y la actitud crítica, imprescindible para poder rebelarse y promover cambios. En forma conservadora se naturaliza lo instituido, aceptando lo dado, sin cuestionamientos. El equipo técnico mostró una tendencia a la agrupación subdividida, lo cual puede ser favorecedor para el trabajo grupal pero hay que mantener un cuidado de sobrepasar el límite hacia el aislamiento, que perjudique la comunicación.

Se atravesaron varios cambios, entre ellos, renunciaciones e incorporaciones. En primer lugar, cualquier cambio en la coordinación de todo un equipo es motivo suficiente de acomodarse a nuevas formas de funcionamiento. En segundo lugar, si ese cambio es vivido como amenazador, inevitablemente carga con una afectación y significación que moviliza y puede generar resistencias. Como también, la alternancia de administraciones suelen acompañarse de una suerte de “borrón y cuenta nueva” que desconoce lo realizado por la gestión anterior, se mueve la idea de que posterior al cambio las cosas se harán *como*

*corresponde*, pero estas afirmaciones a veces no logran convencer a todos los miembros (Bibbó, 2016).

Acompañado de esto, el funcionamiento burocrático, abrupto y con escasa sensibilidad, hace que estas modificaciones se vivan con mayor impacto (Bibbó, 2016). Desde los sectores con mayor responsabilidad de la institución, se observa un alejamiento y ausencia explícita respecto a los técnicos y profesionales que están en contacto con los usuarios. Por lo tanto, esto genera que los miembros se sientan desamparados y desprotegidos, totalmente expuestos sin consideración de todos los efectos generados hacia el colectivo e individualmente.

Cuando una institución expone a sus miembros a experiencias angustiantes sin ofrecer experiencias satisfactorias ni formas de protegerse ante los momentos estresantes, corre el riesgo de que los miembros se posicionen en contra de la institución (Bibbo, 2016).

Esto genera respuestas individuales como el abandono de la institución, renuncias y malestares que expresan deseos de huida.

### ***El trabajo con población vulnerable***

Trabajar con poblaciones vulnerables es un desafío que requiere poner de sí mismo herramientas y recursos tanto personales como profesionales. Lugares como el Centro Psicosocial permiten un contacto más cercano con los usuarios, muy diferente del vínculo que se genera en una consulta de policlínica, ya que los usuarios son un grupo relativamente fijo de personas que concurren a diario y/o todas las semanas, donde se comparten actividades de la cotidianeidad y espacios conjuntos entre los usuarios y con el equipo técnico. Esto es una ventaja para la modalidad de trabajo pero también puede jugar como obstrucción teniendo en cuenta que la gran mayoría se trata de una población de personas en situación vulnerable no solo por el diagnóstico psicopatológico sino por la situación socioeconómica.

Gonzalez (2001) sostiene que las instituciones terapéuticas, generalmente, sufren los problemas que aspiran a transformar, y por ello, la institución es terapéutica en la medida que la misma sea también tratada.

La vulnerabilidad del otro genera afectos y angustias, la empatía del técnico lo interpela, lo mueve la necesidad de ayudar. También sucede que las PDTP tienen formas de vinculación que inevitablemente atraviesan a quienes lo rodean, tanto a las familias, como a los profesionales que trabajan diariamente con ellos, formas que son cambiantes en cuanto al estado de ánimo e intensidad de emociones. Muchas veces se dan situaciones en donde el usuario desborda y sus formas de descomponerse van dirigidas hacia quienes los rodean, es decir, al equipo técnico. Además, este tipo de cuadros clínicos están vinculados a los IAE

(Intentos de AutoEliminación), condición por la que también el equipo se siente atravesado, teniendo en cuenta los vínculos que se generan con los usuarios, por lo que el enfrentamiento a este tipo de problemáticas es más complejo.

Por ello, el hecho de que los usuarios transiten por procesos de duelo en relación al diagnóstico y a su vez, a los acontecimientos estresantes que sucedieron durante el año, se puede considerar que en el equipo de salud también circula angustias compartidas y se transfieren formas de interacción propias de trabajar con esta población.

Gonzalez (2001) habla sobre los polos de una institución, siendo el polo trágico el hecho de estar al servicio de la vida y el crecimiento, y el polo tanático referido a las situaciones más destructivas y dañinas. Cuando se produce un desequilibrio en los polos organizadores del campo institucional y se da una predominancia del polo tanático, aparece el fenómeno de la *resonancia psicótica*.

Cuando se nombra lo psicótico, no hay que confundirlo con la psicosis como cuadro clínico de los manuales de trastornos mentales, sino que es un concepto psicodinámico que significa que hay un circulante en juego, cuando se disparan vulnerabilidades específicas ante una situación que implica un impacto de grandes dimensiones. Además, lo circulante es un concepto más amplio que el de las transferencias, siendo estas el aspecto inconsciente de lo circulante que también tiene una parte consciente/preconsciente, por lo tanto, lo psicótico transferencial queda depositado en el marco institucional, como por ejemplo, en las reglas de funcionamiento (Gonzalez, 2001).

El circulante psicótico por parte del equipo de una institución, se detecta a partir de determinadas características. En el Centro se podía observar cómo lo rutinario generaba un desgaste en algunos miembros del equipo, que también se manifestaba en la inseguridad sobre determinadas actividades, en la duda sobre el fin o intención de lo que se realizaba, es decir, existía el cuestionamiento hacia determinadas reglas.

Desde Gonzalez (2001) esto se puede leer como la alteración del sistema de referencias, es decir, no sabe hacia dónde ir, lo cual genera una incertidumbre que paraliza, pero que es vivida como una sensación de impotencia, siendo la única forma que encuentra de ser manifestada a través del secreto y los rumores de pasillo. Los sentimientos y creencias podrían ser generadores de ideas más pesimistas acerca de lo que se estaba haciendo en la institución, ideas que no eran cuestionadas en conjunto en los espacios correspondientes, sino que se manejaban en conversaciones periféricas.

El circulante también se reconoce en las reacciones con exceso de enojo, o se experimenta aburrimiento y las ganas de irse rápido de la institución. El predominio de la incertidumbre y la confusión dentro del espacio institucional, son aspectos de la estructura y el funcionamiento institucional que dinamizan la transferencia de lo psicótico (Gonzalez, 2001). En este sentido, se destaca la problemática de los roles difuminados, que quizás,

como resistencia, se expresaba como una virtud: “*todos hacemos todo, nos ayudamos*”. Pero como menciona el autor, este tipo de confusiones, impide jerarquizar una línea de trabajo para poder llevar adelante la tarea.

Otro elemento es la despreocupación respecto a estar desconectados del mundo circundante a la institución, es decir, la falta de conexión con otras instituciones o redes de la comunidad (Gonzalez, 2001). En el caso del Centro, se sobresale el trabajo con varios sectores de la localidad como ya fue mencionado, pero existía un distanciamiento hacia sitios pertenecientes a la misma institución (ASSE). Sin embargo, era una desconexión mutua, ya que desde el otro lado, tampoco se percibía intenciones de acercamiento, lo cual reforzaba creencias y sentimientos del equipo.

Respecto a la falta de una autoridad funcional a la tarea primaria de la institución, y de un espacio donde poder examinar críticamente el propio funcionamiento grupal institucional, como las supervisiones (Gonzalez, 2001), es importante recalcar la función reparadora que implica contar con un espacio para el objetivo mencionado, donde se promueva no solo la posibilidad de repensar y reflexionar, sino como forma de cuidado del equipo.

El reconocimiento del sufrimiento institucional difícilmente ocurre en la interna del equipo ya que al estar dentro de esta dinámica y ser parte de la misma, es casi imposible detectar lo que acontece dejando a un lado los afectos y pensamientos particulares, el estar implicado a veces funciona como obstaculizador para posicionarse desde un afuera y reconocer lo que está sucediendo. El reconocimiento generalmente ocurre cuando aparece un agente nuevo que en un principio es vivido como externo a la institución y debe pasar un periodo de adaptación a la misma, este participante, al venir desde el afuera, puede percibir aquello que no está a la claridad de quienes se encuentran enredados en las propias formas de la vida institucional. Por ende, la apertura hacia lo nuevo desconocido y combatir la tendencia al encierro es habilitante, como todo aquello que busque conectar y no escindir.

## Un análisis de la implicación

Realizar el practicante significó atravesar una experiencia de aprendizaje y conocimiento. Representó formar parte de una oportunidad ventajosa para mi formación académica al acercarme a espacios nuevos y poner el cuerpo en práctica. Pero también significa salir de la “caja” como desafío, en el que se debe intentar, hacer, equivocarse y aprender. Supone involucrarse en otras realidades, las cuales pueden movilizar a nivel personal. Como dice Montero (2006) “Es pues, un proceso en dos sentidos: de afuera hacia dentro y desde la comunidad hacia afuera” (p. 77). En ese proceso, se interjuegan cuestiones ajenas a mí y propias de la comunidad y el servicio, las cuales debo ir conociendo de a poco en un proceso de familiarización y poniendo en juego los conocimientos disciplinares adquiridos hasta el momento.

Algo que deja en claro Ardoino (1997) es que la implicación es involuntaria, se padece, por ello la diferencia del compromiso, como aquella actitud consciente y voluntaria. Además sostiene que en la implicación, no decido estar implicada, sucede por el plano de lo inconsciente, por lo tanto no puedo elegir padecerlo o no, esto se debe a que las implicaciones son parte de una realidad psicológica (las libidinales) y una realidad sociológica (las institucionales).

Atravesar una experiencia de co-coordinación de un grupo terapéutico de PDE, es el primer escenario en el que se presenta el desafío de aplicar herramientas. La temática de duelo conlleva una carga de angustia que es recibida de distintas formas por quienes escuchan el relato, ninguna de estas formas, en general, es la indiferencia. Son instancias que comprueban lo que decía Ardoino (1997) sobre la imposible objetividad en el campo de las ciencias humanas. No se puede adquirir neutralidad si trabajo con un objeto que a su vez es sujeto, portador de proyectos, inserto en una historia. Existe una interacción humana, una relación de intersubjetividad. No solo el objeto- sujeto con el que trabajo es el que trae el bagaje, sino que yo también.

En la ambigüedad de la posición como practicante, siendo parte externa y a su vez interna del equipo técnico, se generan sentidos de pertenencia necesarios para que se desarrolle lo identitario, la implicación y lo compartido grupalmente. En el equipo del Centro Psicosocial, deambulaban emociones provenientes de los cambios y pérdidas, pero también de otros motivos instalados. Lo que pude observar fue cómo el equipo se desorganiza y descompone ante las situaciones fuertes, y aunque logre volver a armarse, siempre hay una tensión que obstaculiza.

Formé parte de un equipo que me brindó la apertura que ayudó a mi autonomía progresiva, existieron momentos donde el estar *afuera* y *adentro* generaba un sentimiento de ser parte. Las dinámicas de relacionamiento podrían generar que a veces me perdiera en

sus formas de vinculación, pero lograba alejarme para colocarme nuevamente en la disociación instrumental (Bleger, 1964); escuchar, compartir, estar, tratando de posicionarme siempre en mi rol de practicante. Trabajar en un servicio de ASSE en el tercer nivel de atención, es sinónimo de experimentar situaciones que atraviesan, teniendo en cuenta que es un lugar con una población vulnerable, no solo por los diagnósticos sino también por las múltiples necesidades humanas no satisfechas (Max Neef, 1986). Desde este lugar, es que creo que se pone en juego el compromiso del hacer, donde aparece la implicación. Me implico cuando comienzo a experimentar, cuando nacen los vínculos, cuando evaluamos los resultados, cuando el otro te devuelve algo que te indica la significancia de tu accionar.

## Conclusiones

De acuerdo a los objetivos planteados, se concluye que el duelo en la esquizofrenia es una temática con escasa investigación, pero actualmente se reconoce que las PDE atraviesan no uno, sino varios procesos de duelo. El mismo se lo puede denominar como duelo acumulativo debido a la serie de pérdidas a las que se va enfrentando la persona a partir del diagnóstico, y como una pérdida ambigua en tanto implica un proceso de duelo que permanece sin resolver. Este duelo es compartido, ya que el entorno más cercano de la persona también transita sus propios procesos de duelo, que además influyen en la persona. Es decir, la familia atraviesa diferentes etapas de duelo que, al no ser trabajadas, terminan influyendo en la persona diagnosticada y así complejizando el tratamiento de rehabilitación.

Se pudo observar cómo estos procesos de duelo se presentan manifestándose de diferentes maneras dependiendo de la persona y su situación en particular; a veces expresado explícitamente y otras veces mediante la ira, el enojo, agresividad o el alejamiento.

Por lo tanto, se destaca lo esencial de trabajar estos procesos en conjunto con la familia del usuario y a través de dispositivos terapéuticos grupales, teniendo en cuenta que esto permite un alivio al sufrimiento de la persona, reduce la posibilidad de abandono de los servicios como también la probabilidad de presentar un cuadro depresivo. Permite una mayor comprensión desde el rol de los técnicos y profesionales que trabajan en la cotidianidad con los usuarios. Es importante generar el espacio para darle sentido a la experiencia, permitir que los duelos sean tramitados e integrados, para así lograr que la persona pueda reconstruirse desde otro lugar.

Apoyar a las familias en la comprensión y tramitación de estos procesos ayuda a que la familia como agente continente del usuario e indispensable para el tratamiento de rehabilitación, funcione como factor protector.

Por otro lado, se señala la necesidad de identificar los factores de riesgo en esta población; tanto los acontecimientos vitales estresantes, el estrés percibido, las experiencias traumáticas y la emoción expresada. Siendo esta última un elemento que implica la dificultad de adaptación de la familia ante la situación del usuario, producida por angustias de las familias y a su vez generadora de angustias en el usuario. Es fundamental promover el apoyo social, la esperanza y la autoestima para buscar como finalidad un plan de recuperación adecuado para la persona.

También el estudio de estos factores en profundidad permiten conocer el rol que juegan en esta población, para contribuir con herramientas a todos los/as profesionales que trabajan con esta población para abrir líneas futuras de prevención e intervención temprana.

En suma, el Centro de Rehabilitación Psicosocial cumple un rol de acompañamiento para cumplir los objetivos de reducción de riesgos y promoción de factores protectores. Sin embargo, como se desarrolló anteriormente, a nivel institucional puede ocurrir que los miembros se vean expuestos a situaciones estresantes generadoras de angustias, lo cual obstaculiza la labor debido a que congela la capacidad de pensar y pensarse; esto conduce a una complejidad para realizar con la tarea primaria institucional, y por lo tanto, influye en los objetivos del espacio como Centro. Estas dificultades podrían ser trabajadas si se considerase aplicar un espacio de cuidado del equipo desde la propia institución.

## Referencias

Acevedo, M. (2002). La implicación. Luces y sombras del concepto Lourau. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós

Alarcón, J. (2009) Epidemiología: concepto, usos y perspectiva. Revista Peruana de Epidemiología, Vol 13 N°1 Abril.

Ardoino, J. (1997) La implicación. Conferencia en el Centro de Estudios sobre la Universidad. UNAM.

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS) y Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES). (2007). Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. IMSERSO.

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS). Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES) (2007): "Modelo de centro de rehabilitación psicosocial". Colección Documentos Serie Documentos Técnicos, N.º 21016. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). AMRP et al, 2007

Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial – Organización Mundial de la Salud(1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso (WAPR-WHO)

ASSE UDELAR, Facultad de Psicología (2009). Convenio.

Barrera P, Alvaro. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 44(3), 215-221.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007>

Barreira Alsina, I. (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), 5-32.

Bibbó, L., & Bourdieu, P. (2016). Expresiones de la angustia en los equipos técnicos: el sufrimiento institucional.

Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica su empleo en el diagnóstico y la investigación. En *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. (pp.9-38). Buenos aires: Nueva Visión.

Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.

Bleuler, E. (1989) *Demencia precoz- El grupo de las esquizofrenias*. Ediciones Hormé. Editorial Lumen. Segunda edición. Argentina.

Bleuler, E. (1996/1926). La esquizofrenia. Traducido al castellano por Ramón Esteban Arnaíz. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*, vol. 16, nro. 60, pp. 663-676. Recuperado de <https://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15511/15371>

Cornes, J. (1994). El apoyo social: Su relevancia en la práctica psiquiátrica. *Rev de Psiquiatría Fac Med Barna*, 21(6), 147–154.

de la Guía, G. D. T. (2009). Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

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 <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>

Ey, H., Bernard P., Brisset, Ch. (1979) Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. En *Apuntes de Psicología*, Vol. 24, No. 1-3, pág. 223-224. Universidad de Sevilla

Gallo, L. (2015) El proceso de reforma de la salud en Uruguay: pasado como presente y futuro. *Monitor estratégico*

García, A. T., & Dufol, C. F. (2011). Capítulo 4. Duelo y recuperación. In *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis* (pp. 127-150).

Giménez, L. (2012). Practicantados para estudiantes avanzados de Psicología en el campo de la salud, en los servicios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Recuperado de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://eva-cursos.psico.edu.uy/plugin/file.php/76700/mod\\_resource/content/2/Propuesta%20para%20Practicantado%20Luis%20Gimenez.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://eva-cursos.psico.edu.uy/plugin/file.php/76700/mod_resource/content/2/Propuesta%20para%20Practicantado%20Luis%20Gimenez.pdf)

González Regadas, E. (2001) *Comunidad Terapéutica y Trastornos Duales*, Montevideo, Psicolibros. Capítulo XIX, pp.257-305

Gonzalez Regadas, E. (2021). *Trabajando psicoanalíticamente en/con instituciones: Lo circulante y lo transferencial*. Revista Equinoccio de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP) Vol. II, No. 1 (El encuadre Psicoanalítico 1), pp. 53-72

Grippi, F. (2018). Discursos en torno al debate por el proyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay (2015-2017). *XVII Jornadas de Investigación: a 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos ¿ libres e iguales?. Montevideo, setiembre 2018*.

Kim, C. H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 60(1), 71-80.

Ley 18.211. (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Ley de salud mental número 19529 (2017). Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Lucín Corral, A. M., & Tigrero Parrales, K. L. (2020). Prevalencia del primer episodio psicótico asociado al consumo de sustancias ilícitas y alcohol en pacientes de 18-25 años

tratados en el área de psiquiatría en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2015-2019.

Max Neef, M.(1986). 2da parte En Desarrollo a Escala Humana. Santiago: Ed. CEPAAUR.

Montero, M. (2004). Procesos psicosociales comunitarios. En Introducción a la Psicología Comunitaria. Bs. As. Paidós.

MSP (2011). Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: [http://www.msp.gub.uy/categoria\\_375\\_1\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/categoria_375_1_1.html)

Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de política. Informe compendiado.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Consenso de Panamá. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

Parra Gómez, Y. (2019). Tratamiento psicoterapéutico grupal para la psicosis: comparación entre un grupo de psicosis incipiente y un grupo multifamiliar.

Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., & Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.

Silva, A. Restrepo, D. (2019) Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volume 48, Issue 4, October–December 2019, Pages 252-260.

Fecha de consulta: 15/11/2021. Disponible:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745017301142>

Stolkiner, A. (2005), “Interdisciplina y Salud Mental”. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental- I Jornadas Provinciales de Psicología. *Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy*. Argentina.

Uruguay. (2017, septiembre 19). Ley nº 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Valencia Agudo, F. (2014). Duelo y recuperación tras el inicio de la psicosis. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 9–20.  
<https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.4321/S0211-57352014000100002>

Viera, E. (2007). Equipo de trabajo, trabajo de equipo. Actitudes psicológicas para el trabajo en equipo. En Pimienta, M. (Comp.) *Construyendo Aprendizajes*, tomo 2, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo: Argos, Ediciones Alternativas. pp. 105-119.

Vignolo, J. Vacarezza, M. Alvarez, C. Sosa, A (2011 ) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna; XXXIII (1):11-14 11

Vila Badia, R. (2018). Estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios psicóticos [Tesis de Maestría, Universidad Internacional de La Rioja]. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/6469>

Yalom, I. D. y Vinogradov, S. (1996). Guia Breve De Psicoterapia De Grupo/ A Concise Guide to Group Psychotherapy (Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia). Ediciones Paidos Iberica.

Young, J., Bailey, G., & Rycroft, P. (2004). Family Grief and Mental Health: A Systemic, Contextual and Compassionate Analysis. (cover story). Australian & New Zealand Journal of Family Therapy, 25(4), 188–197. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1002/j.1467-8438.2004.tb00617.x>

Zubin, J. y Spring, B. (1977): Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Anormal Psychology, 86, pp.103-126.