

Aproximaciones conceptuales de la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Monografía de Grado

Tutora: Prof. Agda. Mag. Gabriela Prieto

Montevideo, octubre de 2014

Noelia Pioli 4.743.818 3

AGRADECIMIENTOS

Porque mediante este trabajo se cierra un largo camino para comenzar otro, vayan las gracias para quienes contribuyeron de muchas y diversas maneras:

A mi madre Rosa, mi hermano Adrián, mi cuñada Susan y sobrina Mia.

A mi querida amiga Nati por su calidez, apoyo y escucha.

A mi compañero de ruta y futuro colega Guillermo Scaltritti por su apoyo incondicional.

A las familias Morini y Scaltritti por su cariño y afecto.

A mis amigas, futuras colegas, compañeras de largas horas de estudio y debates.

A docentes que han colaborado especialmente en mi formación y en esta monografía: Ignacio Porras, Bruno Cancio, Jorge Bafico, Geraldina Pezzani y muy especialmente a Gabriela Prieto por su profesionalismo y dedicación en las tutorías.

A Susana Quagliata por guiarme y acompañarme en este complejo camino.

Gracias, muy especialmente al Centro Psicosocial Sur Palermo por confiar en mi dedicación y en mi esfuerzo, en especial a la Psic. Renée Del Castillo, Dr. Vicente Pardo, Psic Ignacio Porras, Graciela Caballero y demás técnicos, como también a los usuarios que allí acuden que han enriquecido mi práctica clínica.

Y por último a mí querida Facultad de Psicología por estos cinco años de aprendizaje y formación.

INDICE

A Resumen	2
B Introducción	3
1. Descripción del cuadro clínico	
1.1 Esquizofrenia.....	4
1.1 Sintomatología.....	5
1.2 Curso y pronóstico.....	6
1.3 Subtipos de esquizofrenia.....	7
1.4 Esquizofrenia y suicidio.....	8
1.5 Construcción del aparato psíquico en la esquizofrenia.....	9
2. Estrategias de abordaje en rehabilitación psicosocial	
2.1 Tratamientos de rehabilitación psicosocial.....	11
2.2 Psicoterapia individual de corte psicoanalítico.....	13
2.3 Grupos terapéuticos.....	15
2.4 Grupos terapéuticos con abordaje en psicoanálisis multifamiliar.....	17
2.5 Terapéuticas farmacológicas y rehabilitación.....	19
2.6 El aporte de la psicoeducación a personas con TMSP y sus familias.....	21
2.7 El acompañamiento terapéutico como aporte en la rehabilitación psicosocial.....	27
3. Impacto de la esquizofrenia en la comunidad	
3.1 Plan de salud mental y nuevas prestaciones en el Sistema Nacional Integrado de Salud.....	28
3.2 Estigma y conciencia social, vulnerabilidad y grados de estrés.....	30
3.3 Principales escalas de valoración aplicadas a pacientes con Esquizofrenia.....	31
4. Consideraciones generales	33
Referencias Bibliográficas	35

RESUMEN

La presente monografía está enmarcada en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, la temática de la misma se centra en la rehabilitación psicosocial de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, desde una perspectiva bio-psico-social, entendiendo que en todos los procesos de salud-enfermedad se encuentran involucrados aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Comprendiendo al sujeto desde un modelo holístico y dinámico, refiriendo a la rehabilitación como un modelo integral.

Tomando en cuenta autores clásicos y contemporáneos que trabajan la temática desde distintas ópticas, el fin de esta monografía, pretende poner en conocimiento al lector de los distintos abordajes que se practican en la actualidad en referencia a la rehabilitación de estos pacientes, desde una postura crítica y reflexiva, se procura exponer una revisión actual y detallada de las distintas terapéuticas en nuestro país, desde el advenimiento del nuevo plan de salud mental.

Pretende, así mismo, desde la psicología generar en quien la lea información sobre los TMSP logrando de esta forma sensibilizar, brindando conocimiento evitando el alto estigma que acarrear los trastornos mentales.

Entendiendo a la rehabilitación desde un modo integral, es que se describen distintos dispositivos que tienen en cuenta al usuario y sus redes tomando distintas teorías como: psicoanálisis multifamiliar, psicoanálisis individual y grupal, psicoeducación para familiares, psicofarmacología, entre otras.

Palabras claves: Esquizofrenia; Rehabilitación; Familia; Psicoeducación.

INTRODUCCION

Tanto el enfermo psiquiátrico como la propia enfermedad mental han recibido varias interpretaciones según las épocas y condicionantes sociales. El desarrollo del vínculo médico- paciente marcaba que el enfermo entendiera la relación desde el principio bio-ético de beneficencia, soportando “pacientemente” cualquier tratamiento que este le indicara, entregándose sin resistencias, este vínculo tenía mayor sentido cuando se trataba de un paciente psiquiátrico, ya que este era aún más paciente al estar sus capacidades mentales anuladas favoreciendo que la actitud del psiquiatra se situara en una postura todavía más paternalista.

Después de la Segunda Guerra Mundial se empieza a considerar la autonomía del individuo como tal, y con ello también empieza a transformarse la relación médico-paciente, tomando en cuenta las opiniones de éste. Se comienza, aunque con retraso, la nueva ideología de atender no sólo a la enfermedad sino a la dolencia de la persona, entendida ésta como la reacción del sujeto frente a la enfermedad que sufre o cree sufrir. A esto contribuyeron los avances científicos en farmacología de los años cincuenta y la evolución y el clima social de respeto a los derechos del individuo en los años sesenta junto con la desmanicomialización que se pretende alcanzar con las comunidades terapéuticas y los centros diurnos.

Se piensa la rehabilitación como un modelo terapéutico que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente generando más autonomía, en cuanto a esto, González Cases y Rodríguez González (2010), plantean que considerando que el objetivo de la rehabilitación psicosocial es mejorar la autonomía del sujeto, los programas de intervención deben ceñirse a trabajar sobre las áreas de funcionamiento requeridas según los ámbitos en el que se busca reinsertarlo. Para esto es necesaria la evaluación funcional del sujeto y de su entorno.

1. DESCRIPCION DEL CUADRO CLINICO

Esquizofrenia

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV (1995) describe a la esquizofrenia como la más frecuente de las enfermedades psicóticas, la misma se caracteriza por una alteración específica de las funciones psíquicas.

La prevalencia es igual en hombres y mujeres sin embargo, ambos sexos difieren en el curso e inicio de la enfermedad. En los hombres, la edad de inicio está entre los 15 y 25 años y en las mujeres entre los 25 y 35 años, por lo que el pronóstico en las mujeres es más favorable. Su causa es desconocida y no existe una única, las discusiones sobre la etiología de la esquizofrenia versan en un fuerte aspecto genético, ambiental y de predisposición a la enfermedad, siendo la misma un trastorno funcional en el cual predomina el trastorno del pensamiento (alucinaciones, delirios) a diferencia de los trastorno del humor (depresivo exagerado o maniaco intratable).

La prevalencia de esta patología se sitúa en el 1%, independientemente de la cultura y nivel de desarrollo (Jablensky et al.1992), sin embargo el pronóstico de la esquizofrenia parece ser peor en países desarrollados; Por otra parte, Laplanche y Pontalis (1996) definen a la psicosis como una serie de enfermedades mentales tanto organogénéticas, como es el caso de las parálisis progresivas y la esquizofrenia.

El psicoanálisis, según Laplanche (1996), se ocupó, en primera instancia, solo de las afecciones accesibles a la investigación analítica y de las distinciones entre psicosis, neurosis y perversiones.

SINTOMATOLOGIA

Dos de los síntomas fundamentales de este cuadro psicopatológico son los síntomas positivos y negativos, los síntomas positivos incluyen distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje, la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización de comportamiento (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje. La primera referencia a esta separación de los síntomas en dos grupos la podemos encontrar en los trabajos de Kraepelin (1896) y Bleuler (1911).

Siguiendo con los autores, estos consideraban a las alucinaciones y los delirios como fenómenos liberados que constituían los síntomas positivos, mientras que los síntomas negativos, por ejemplo, abulia o el afecto embotado, reflejaban una difusa pérdida de función. Posteriormente, se detallo con mejor precisión, la existencia de unos síntomas “floridos”, “positivos” o “productivos” que aparecen particularmente en los episodios agudos y de los síntomas “negativos”, que se identifican como “apatía emocional”, “enlentecimiento de pensamiento y de los movimientos”, “falta de impulso”, “baja actividad”, “pobreza de lenguaje” y “retraimiento social.

En cuanto a los síntomas positivos, siguiendo a Kaplan (1996), el delirio es una creencia errónea y por ende falsa de la realidad externa. La idea delirante es una idea imposible de compartir que, además, motiva conductas en el sujeto. El delirio propio de la esquizofrenia es el paranoide; un delirio pobremente sistematizado. Ey (1980) y Kaplan (1996) proponen las formas de sistematización, la misma se refiere a poder explicarlo o sea responder el porqué del mismo, un ejemplo de este tipo de delirio sistematizado sería el paranoico. En cuanto a los mecanismos en la esquizofrenia, el mecanismo es el alucinatorio.

CURSO Y PRONOSTICO

En cuanto al pronóstico, la esquizofrenia no tratada se presenta como una enfermedad incapacitante, en la mayoría de los casos, algunos pacientes pueden tener un pronóstico mejor logrando una aceptable autonomía que le permita tener una mejor calidad de vida, en otros casos, los pacientes de muy mal pronóstico necesitan de instituciones o residencias debido a su incapacidad para desarrollar cualquier tipo de actividad.

Existen pocos datos acerca de la evolución del trastorno sin tratamiento, pero los escasos estudios existentes muestran un curso crónico y poco favorable, esto se debe en parte a la resistencia del paciente para solicitar ayuda médica y tratamiento; normalmente cuando lo hace se debe a la intervención más o menos traumática de familiares, vecinos o incluso de la policía, lo que fagocita las ideas delirantes y persecutoria del paciente. (Casarotti H, 2003)

Es justamente en el primer episodio delirante el momento en el que por primera vez se sospecha la enfermedad, esto es debido a que muy frecuentemente las familias suelen llegar a su primera consulta con el psiquiatra cuando el paciente irrumpe con las alucinaciones y la sintomatología positiva. (V.Pardo2007)

M. Nieva (2010) en su práctica supervisada a una población de esquizofrénicos institucionalizados mediante un trabajo de campo cualitativo destacó en esta población que durante una parte significativa de tiempo, sobre todo en los primeros años, se observa una alteración en una o varias áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, higiene personal, etc. Cuando el inicio es en la infancia o adolescencia se destaca el fracaso en cuanto a alcanzar un buen nivel en lo académico o laboral.

Aunque cada persona experimenta la enfermedad de forma específica las quejas de la persona con esquizofrenia suelen ser: dificultades para mantener la atención; tanto en tareas exigentes como también en conversaciones o mirando películas, alta sensibilidad a los olores, sabores y ruidos, dificultad para seguir el propio pensamiento, sentimiento de extrañeza; que tiene por consecuencia el perder el interés por el entorno y lo que lo rodea junto con la falta de voluntad.

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV (1995) El diagnóstico está basado en el cuadro clínico de la evaluación que puede cambiar con el tiempo, dentro de este diagnóstico encontramos varios tipos de esquizofrenia: El tipo de **Esquizofrenia Paranoide**, se caracteriza por ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, grandeza, celos, religiosidad o somatización. Suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. Los síntomas incluyen ansiedad, ira, retraimiento, tendencia a discutir, aire de superioridad, impulsividad en el comportamiento. Estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los test cognoscitivos. El tipo de **Esquizofrenia Hebefrénica** se caracteriza por presentar lenguaje desorganizado (incoherencias y risas), comportamiento desorganizado (Alteraciones de las actividades cotidianas como ducharse, vestirse o alimentarse) y afectividad aplanada o inapropiada. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y test cognitivos, el subtipo **Catatónico**, se caracteriza por una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, rarezas en el movimiento voluntario, ecolalia (repetición patológica sin sentido de una palabra o frase) o ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otras personas). Puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas, en este subtipo hay riesgo de malnutrición, agotamiento, o autolesiones. Por último, el tipo de **Esquizofrenia Residual**, se manifiesta cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (ideas delirantes, alucinaciones, etc.). Hay manifestaciones continuas de la alteración, denotándose la presencia de síntomas negativos (afectividad aplanada, pobreza del lenguaje, etc) o dos o más síntomas atenuados. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio y la remisión completa, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

Rendón y Yampey (2000. pág. 567) definen conducta suicida como una (...) “conducta agresiva, cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de autolesión, realizado con el propósito consciente de la autodestrucción.” La conducta suicida no se correlaciona con un cuadro de esquizofrenia. Sin embargo, cualquier patología sea física o mental son un factor de riesgo para cometer suicidio así como los factores psicosociales.

En los primeros años del curso de la enfermedad y con el advenimiento del brote psicótico y la sintomatología positiva es donde podemos destacar más ideas de autoeliminación, numerosos estudios confirman que un %50 de ellos hacen el intento mientras que entre un %10 y %15 efectivamente lo logran. (Kaplan y Sadock 1999).

En cuanto a los factores de riesgo de suicidio en esquizofrénicos Kaplan y Sadock (1999) destacan como principales: ser joven, sexo masculino, soltero, intento previo de suicidio, tener cierta conciencia de enfermedad, vulnerabilidad a la depresión y alta reciente del hospital.

Es interesante mencionar que para estos autores (1999. pág. 545) “Ciertos datos señalan que la depresión se correlaciona con la presencia de síntomas extrapiramidales inducidos por la medicación.” Cabe destacar que hay una fuerte carga de depresión en estos actos y algunas veces se comete por la necesidad exasperante de huir de un delirio altamente persecutorio, frente a esto, es importante mencionar el minucioso cuidado que hay que presentar frente a las ideas de autoeliminación que se pueden manifestar en estos pacientes de diversas maneras, manejar la conciencia de enfermedad en pro de una adaptación al tratamiento psicosocial y psicofarmacológico, para evitar la depresión que puede acarrear la conciencia de enfermedad y el poder compararse con sus vínculos. En psicoterapia, se debe tener un especial cuidado a los niveles de insight al que se llegan con este tipo de pacientes ya que poseen un yo frágil en el cual no podrían tolerar niveles de insight mayores en cuanto a una conciencia de enfermedad, ya que podría conducir a depresión e ideas de muerte.

CONSTRUCCION DEL APARATO PSIQUICO EN LA ESQUIZOFRENIA

Introduciéndonos en la estructura psíquica del psicótico, más precisamente de la psicosis esquizofrénica es pertinente abordar la temática de la relación del psicótico con el mundo exterior, y el papel que desempeña la realidad en el conflicto psicótico.

Freud (1984/1924) define la psicosis como una forma específica de pérdida de la realidad donde existe una regresión de la libido sobre el yo; la patología es considerada uno de los cuadros más graves debido al corte que se produce con la realidad. Al sujeto le resulta intolerable su situación y crea una nueva, una nueva forma de ver y comprender el mundo: que es la realidad delirante. Freud (1914) señalaba de que en el caso de la neurosis, no se podía hablar de un alejamiento de la realidad, sino de una introversión ya que en estas estructuras se mantienen las cargas de las representaciones de objeto; llevando esto al psicótico este retira la carga de los objetos volviéndola hacia su propio yo.

Al decir de Freud, esta libido narcisista acumulada que tiene el psicótico es similar a la angustia de la neurosis provocada justamente por libido objetal acumulada.

Freud (1914) consideraba tres grupos de fenómenos en el psicótico:

Los fenómenos residuales, estos vendrían a ser la parte más “sana” o “neurótica” de su personalidad. En segundo lugar los procesos pre mórbidos que vendrían a ser los procesos regresivos, el retiro de la carga de los objetos que se transcribe en las perturbaciones afectivas en general y en tercer lugar los procesos de restitución por medio de los cuales el psicótico trata de volver a ligar su libido a los objetos en una forma similar a la neurosis.

Freud (1924) se cuestionaba cual podía ser el mecanismo análogo de la represión por el cual el yo se aparta del mundo exterior, se responde diciendo que se refiere al mecanismo de rechazo o renegación “la neurosis no reniega la realidad; solo la ignora, la psicosis la reniega e intenta reemplazarla “es decir que en la psicosis el conflicto se desarrolla entre el yo y la realidad.

“Por consiguiente, uno de los rasgos más impresionantes del conflicto psicótico intrapsíquico es la lucha entre las tendencias activa y pasiva, sádica y masoquista,

destruktiva y autodestruktiva, y en general entre los impulsos sexuales y los agresivos, utilizados como defensas unos de los otros” (Jacobson, 1957 pp 50)

Tanto Jacobson (1953, 1954, 1966) como Bak (1954) se adhirieron al punto de vista que defendía que el desarrollo temprano del yo estaba más alterado en la esquizofrenia que en aquellas patologías consideradas menos graves. Bak (1954) comparó la esquizofrenia con las perversiones, mientras que Jacobson lo hizo con la enfermedad maníaco-depresiva. En palabras de Jacobson (1953): “los maníaco-depresivos...de alguna manera parecen haber alcanzado un mayor nivel en la diferenciación e integración de los sistemas psíquicos. Consecuentemente, los procesos regresivos agudos que tienen lugar durante sus episodios no llegan a ser como los de los esquizofrénicos y son de un tipo distinto”. (p.51)

Teniendo en cuenta que Freud (1924) se mostró pesimista en cuanto a la posibilidad de llevar a cabo el psicoanálisis en individuos psicóticos por dos causas: denomina la transferencia como esencial para poder llevar adelante un análisis y señala que estos enfermos “no tienen capacidad de transferencia” los nombra como sujetos atrapados en su narcisismo primario que sufrían una regresión a un estadio primero que se había producido “una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad”, entendiéndose las posibilidades de comprensión y análisis es que Freud discrimina las neurosis de transferencia (histeria y neurosis obsesiva) y neurosis narcisistas (psicosis funcionales) aplicándose a esta última a sujetos incapaces de lograr transferencia en consecuencia: excluidos del psicoanálisis.

La palabra clave que resume el aporte de Lacan (citado en Maleval, J 2002) a la cuestión de las psicosis es el término Forclusión del Nombre del Padre, si bien la función del padre en la psicosis ya había sido puesta en un lugar determinante por Freud en su análisis del caso Schreber. El padre es un significante, y en tanto tal se rige por su misma ley, la ley del todo o nada, esto nos abre de esta manera, dos caminos en el encuentro del sujeto con el significante; encuentro donde se producirá una afirmación primordial (simbolización primera) o el rechazo (forclusión) que constituye una abolición simbólica.

En este sentido Jacques-Alain Miller (1994) señala “La forclusión como manifestación transfenoménica de la psicosis”, esto significa que la falla en la estructura simbólica repercute sobre la estructura imaginaria y su consecuencia son los fenómenos observables en la clínica. Por ello, si el Nombre-del-Padre no está ubicado en el Otro como tesoro del significante tendrá repercusiones en el campo de la realidad.

Por otro lado, Aulagnier (1975) plantea que los deseos del sujeto son establecidos desde las afirmaciones y manifestaciones que se le plantean o sea el deseo es constituido y establecido desde la madre. Según la autora, estas afirmaciones de un otro, otro como la cultura, se dirigen al sujeto pero manejada por la madre; el sujeto es como un personaje que ha sido determinado desde la familia por ende la historia de ese individuo comienza con una relación imaginaria; Aulagnier se refiere a esto como cuerpo imaginario. El cuerpo es imaginado desde la madre, incluso, desde que el infante es un embrión. Esta representación que la madre tiene marcará todo el mundo imaginario de ese infante.

2. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE EN REHABILITACION PSICOSOCIAL

Tratamiento de rehabilitación psicosocial:

Siguiendo el Consenso Intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma bio-psico-social que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes.

Dentro de los tratamientos para los trastornos mentales severos y persistentes encontramos los centros de rehabilitación psicosocial, estos tienen el fin de brindar al usuario un tratamiento integral e individualizado creando con el usuario y su familia un plan terapéutico en el cual ellos son protagonistas. Fernández Romar (2003) y Videla (1991) plantean la importancia de la intervención con la familia y la comunidad para que, efectivamente, el paciente no sea abandonado y pueda reinsertarse socialmente. Además de la importancia de brindarle, a los referentes, información clara es necesario proporcionarles herramientas para el sostén del usuario. La familia del mismo modo necesita sostén para combatir la situación de estrés provocada por la situación. Los autores plantean que se debería responder ante la necesidad de contención, proveniente de las familias, con el objetivo de reducir al mínimo el abandono; abandono que sería potencialmente negativo para el progreso del paciente.

Integrado por psiquiatras, psicólogos, talleristas, trabajadores sociales y enfermeros, los centros diurnos funcionan de lunes a sábados, brindando a los usuarios mediante el dispositivo de comunidad terapéutica, un espacio protegido en donde puedan desarrollar sus capacidades junto a un grupo de personas con las mismas condiciones.

En otras palabras, siguiendo a Florit-Robles (2006), la rehabilitación psicosocial apunta a abordar la vida en el afuera del centro, con el objetivo de que el usuario recupere la confianza en sí mismo, su singularidad, sus vínculos, que recobre todo aquello de lo que fue despojado cuando ingresó a la institución psiquiátrica y comience el recorrido hacia la reinserción social. Este tipo de rehabilitación reduciría los síntomas positivos y negativos de los usuarios mejorando su calidad de vida; además, apoyaría las habilidades conservadas del paciente.

Tomando a Tizon (2004-2007) en cuanto al tratamiento para este tipo de pacientes plantea que los objetivos que muchas veces se siguen no son los más adecuados en ese momento, como por ejemplo intentar erradicar la sintomatología positiva (delirios, alucinaciones, entre otros) o plantearse clasificaciones diagnósticas que al decir de Tizón resultan inútiles a la hora de rehabilitar como son los subtipos de esquizofrenia que plantea el manual DSMIV (1995).

En este sentido, sí es objetivo preponderante de la rehabilitación, para este autor, la atención y ayuda precoz al desarrollo en las situaciones de riesgo, es decir, prevención primaria en donde conlleva a un tratamiento integral precoz, como prevención secundaria incluyendo el área psicosocial, aun en crisis, y como prevención terciaria destaca como objetivo primordial la rehabilitación o recuperación de las actividades dañadas.

Siguiendo con el autor (2004-2007) este plantea que los objetivos para un verdadero tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad, son poder brindar ayuda en las dificultades que presentan estos pacientes en los vínculos con su familia, trabajando en la confianza o desconfianza que muestren, ayudar al paciente a desarrollar una identidad más segura, a fortalecer el yo débil que presentan, brindar herramientas o ayudar a desarrollar estrategias para contener las crisis y las recaídas pudiendo afrontar el miedo hacia ellas.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DE CORTE PSICOANALITICO

Realizando un acercamiento a lo que es la transferencia en la psicosis, es pertinente citar a Lacan (1983) quien relaciona el origen de la psicosis con una exclusión del padre de la estructura familiar, y con la concomitante reducción de ésta en las relaciones madre-hijo, Lacan diferencia el padre real, el padre imaginario y el padre simbólico, detallando que sería la ausencia del padre simbólico la vinculada a la psicosis.

Tomando a Badaracco (2000), en cuanto a la transferencia psicótica este plantea que el paciente no es capaz de utilizar su significado ya que no puede pensar por estar invadido por las vivencias enloquecedoras que emergen de las interdependencias patógenas. Rescata el lugar del analista como el tercero capaz de generar interdependencias sanas, rescatando al self encerrado en las interdependencias patógenas.

Freud utiliza el término *Verwerfung* ("repudiation") de diversos modos, pero Lacan se centra en uno de ellos en particular (*Verdrängung*) como designación de un mecanismo de defensa específico de la represión, en el cual "el yo rechaza la idea incompatible junto con su afecto y se comporta como si la idea nunca se la hubiera hecho presente al yo". Lacan (1956) propone como traducción al término acuñado por Freud *Verwerfung* el término Forclusión y relata que el objeto de la forclusión es el nombre del padre, combinando en una sola fórmula la característica de la psicosis: la ausencia del padre y el concepto de *Verwerfung*. Siguiendo a Lacan, quien toma como estructura de la psicosis, como efecto de la forclusión en el seminario III menciona que cuando el Nombre del Padre está forcluido para un sujeto en particular, deja un agujero en el orden simbólico que es imposible de llenar en plano de lo real, se puede entonces decir que el sujeto tiene una estructura psicótica, aunque no presente ninguno de los signos clásicos de la psicosis. Antes o después, cuando el Nombre del Padre forcluido reaparezca en lo real, el sujeto no podrá asimilarlo y el resultado de esta "colisión con el significante inasimilable" será la "entrada en psicosis" propiamente dicha, típicamente caracterizada por el desencadenamiento de alucinaciones, delirios, entre otros síntomas.

En cuanto a lo transferencial en el análisis, Lacan plantea que el encuentro de un psicótico con un analista puede ser la oportunidad de crear un lazo que pueda causar algo del orden del discurso en el cual pueda el psicótico construir un lugar, esto requiere una posición activa del analista ya que en la práctica es frecuente ver que los psicóticos se resisten poco a la transferencia, es decir, se prestan con poca dificultad a transferir. De manera contraria ocurre en la neurosis,

donde la transferencia opera también de manera resistencial. En resumidas cuentas, si el movimiento transferencial en la neurosis se puede caracterizar en términos de que el analizante se dirige en su búsqueda de la verdad a un Otro supuesto saber, no ocurre lo mismo en la psicosis, ya que en la transferencia no se trata de una relación intersubjetiva, sino de lo que se trata es de que un sujeto le habla a otro ubicado en el lugar de objeto, en el caso de la psicosis él ocupa el lugar de objeto, entonces no es el analista el que ocupa el lugar del objeto sino el psicótico el que ocupa este lugar., el sujeto es efecto del significante y no a la inversa. No es la realidad sino lo simbólico lo que lo preexiste. (Maleval, 2002)

En cuanto al rol del analista Gioia (1989) plantea que es pertinente que este habilite a reflejar, dar coherencia, significar y discriminar la emoción, comprender el material manifiesto y no rechazarlo como poco valioso, poner límites ("a Ud. no le conviene"...), o dar alguna sugerencia ("Mejor postergar esa decisión para más adelante"

Tener paciencia y tolerar no interpretar todo lo que vemos, habilitar piensos que generen insight y permitir la intimidad del paciente consigo mismo, siendo, por momentos, testigos mudos de nuestra propia exclusión." (Lerner, H. y Nemirovsky, C., 1989).

En cuanto al rol del analista Badaracco (2000) agrega que es importante poder vivenciar y tomar conciencia de los mecanismos de defensa primitivos de la esquizofrenia como son (proyección, escisión, negación, renegacion, identificación, desplazamientos, represión), en varios contextos no solamente en la transferencia individual ya que favorece el cambio psíquico.

GRUPOS TERAPEUTICOS

El grupo como dispositivo funciona de manera tal que se vuelve terapéutico para los usuarios pudiendo así ser un apoyo y sintiéndose parte del mismo, compartir sus experiencias, escuchar y ser escuchados, habilita al usuario a pensar su problemática y actúa como agente socializador.

Es de este modo que un grupo es una función o un conjunto de funciones de un agregado de individuos en el mismo estado.

Bion (1979) considera que el grupo es esencial para que un hombre pueda llevar una vida plena. Los grupos traen a colación fenómenos que pueden ser mejor entendidos si uno tiene cierta experiencia tanto con el fenómeno psicótico, como con la conducta normal y la neurótica. Lo que observamos en el grupo y en la situación psicoanalítica individual constituye una visión binocular del mismo fenómeno. El grupo es para cada miembro un todo indiferenciado hacia el cual el individuo es presionado a conformarse y en el cual cada quien ha perdido su individualidad e independencia. El individuo experimenta esta pérdida como perturbadora y, así, el grupo está en un cambio más o menos constante dada la interacción de los supuestos básicos, la cultura grupal y la lucha individual para mantener la individualidad.

Bion (1979) plantea que existen tres modalidades de supuestos básicos:

- a) De dependencia: el grupo sostiene la convicción inconsciente de que está reunido para que alguien, de quien el grupo depende en forma absoluta, provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos., se deposita muchas veces esta suerte de convicción inconsciente en el o los coordinadores.
- b) De ataque-fuga: el grupo sustenta la idea de que existe un enemigo dentro o fuera del grupo del cual es necesario huir o atacarlo. En los grupos terapéuticos, el enemigo puede ser un miembro del grupo, el terapeuta, sus palabras, la enfermedad física o mental u otros. Cuando el terapeuta es considerado el enemigo: el grupo ignora sus intervenciones, demuestra su desprecio a través de palabras o actos, los miembros llegan tarde y/o se ausentan. De hecho, todo miembro de un grupo se adhiere al mismo para luchar o escapar de algo, los episodios persecutorios que se despliegan en el grupo con pacientes con TMSP son de los supuestos que más aparecen en un grupo de estas características, la persecución puede ser con un compañero, un objeto nuevo, el coordinador o un integrante nuevo del grupo o un nuevo dispositivo.
- c) De apareamiento: se comparte la creencia de que no importa cuál sea el problema presente y las necesidades del grupo, algo o alguien, en el futuro, lo resolverá. La esperanza da vida a este

supuesto básico, aquí la esperanza es común en los integrantes y es atacar a la enfermedad con la esperanza de la rehabilitación, un proyecto de vida, un trabajo.

En base al concepto de grupos terapéuticos Kaes (1977) y Anzieu (1976) plantean que el rol del terapeuta incluye varios tipos de aspectos en los cuales debe operar la dinámica grupal que tiene como objetivo que los miembros del grupo puedan cumplir su demanda es decir, para que sea eficaz, se deben de aliviar síntomas.

Existen también reglas que deben respetarse para el buen funcionamiento de todo grupo, estas reglas hacen al encuadre o contrato de trabajo que se expresa al comienzo de cualquier tratamiento, consiste en dirigirse hacia los integrantes del grupo con su nombre tuteándolos, esto ayuda también en el caso de grupos terapéuticos con pacientes con esquizofrenia que puedan integrarse al grupo y sean escuchados de manera más personalizada dirigiéndose hacia ellos por su nombre de pila, la restitución juega un papel fundamental en estos grupos, ya que es muy importante mantener la discreción y la confidencialidad de transmitir la seguridad de que todo lo que se habla en el grupo queda en el grupo, así como también, evitar que no se lleve para afuera del grupo lo que se habla en estos encuentros, propiciando así para los integrantes un espacio donde se puedan sentir seguros y evitar despertar lo persecutorio típico de la esquizofrenia, es importante también mantener y respetar un horario de trabajo y que la concurrencia al grupo de todos los integrantes sea con asiduidad. (Bion, 1979)

Pensando en el papel de la psicoterapia de grupo, Bion (1980) resalta las ventajas en diferencia a las intervenciones individuales, las mismas son en base a que el contexto del grupo es más realista ya que ofrece experiencias de socialización reales y el estímulo para las mismas, esto favorece una mayor autonomía del paciente, que se muestra menos dependiente del terapeuta.

La ayuda puede provenir del resto de los miembros y no solo del terapeuta e incluso él mismo puede ayudar a otros pacientes en relación con el equipo terapéutico.

Según Del Castillo.R (2005) El grupo terapéutico puede actuar como grupo de referencia para sus miembros, actúa también como sostén y ayuda a confrontar pensamientos persecutorios que se tengan presente, brinda herramientas de afrontamiento frente a la poca conciencia de enfermedad, alivia el sufrimiento al encontrar en otros miembros del grupo los mismos sentimientos, gracias a la naturaleza interpersonal del grupo es que pueden compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas positivos o sobre cómo actúa cada uno en situaciones de crisis, también permite contrastar la realidad de sus experiencias de forma directa o indirecta, recibir apoyo y apoyar

altruistamente a los demás, mejorar su habilidad para relacionarse con otros y disminuir su sentimiento de aislamiento mediante el fenómeno de universalización

En este dispositivo grupal, las temáticas que se abordan son múltiples y abarcan múltiples focos esto favorece el insight y el aprendizaje interpersonal de los usuarios.

GRUPOS TERAPEUTICOS CON ABORDAJE EN PSICOANALISIS MULTIFAMILIAR.

El profesor, psiquiatra y psicoanalista Jorge García Badaracco, fue el fundador del psicoanálisis multifamiliar, su trabajo centrado en el grupo multifamiliar le permitió realizar aportes novedosos en el campo de la clínica y en la metapsicología psicoanalítica, aportes que se inscriben en la línea del pensamiento complejo, que permite en un solo abordaje terapéutico trabajar simultáneamente la dimensión individual, familiar y social de la mente.

Según García Badaracco (2000) la reunión multifamiliar es un diseño dentro del cual es posible enfocar y abordar cualquier problema humano, los temas tratados no solo versan en la propia enfermedad si no que también los conocimientos generales que se traen sirven para pensar estrategias para cómo resolver problemas y conflictos humanos.

Siguiendo con el autor, en las sesiones de psicoanálisis multifamiliar, es posible experimentar de manera oportuna y más fácilmente en otra familia lo que sucede en la propia, en un ambiente protegido otros modos vinculares (García Badaracco, 2004).

Actualmente mediante el plan nacional de salud mental acceden a este dispositivo usuarios de mutualistas con una frecuencia quincenal una vez por semana en un tiempo aproximado de 90 minutos coordinada generalmente por un psicólogo y un médico psiquiatra trabajando en cotearía. El grupo de pacientes y familiares es heterogéneo en cuanto a patologías siendo así que la mayoría de los usuarios cursaron cuadros psiquiátricos graves.

También es heterogéneo el tiempo de evolución de cada usuario en el momento de integrarse al dispositivo, corroborando con ello que la aplicación de la rehabilitación debe iniciarse desde el primer contacto con el centro de salud, de acuerdo con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (2011).

Si la enfermedad psiquiátrica es entonces, pasible y se expresa según las circunstancias personales y del entorno, esta se vuelve más cercana, se humaniza y deja de estar excluida de la trama social. Badaracco (2000) agrega que la multifamiliar oficia de “minisociedad” actuando como

agente socializador donde el dispositivo puede ser pensado y trabajado no solo desde lo real sino también desde la transferencia, abriendo la posibilidad de “curación” siendo según la OMS, en estos casos, sinónimo de cura, poder brindarle al usuario una mejora en sus niveles de calidad de vida incluyendo una mejor adaptación en sus vínculos y relaciones, generando una vivencia de bienestar subjetivo que facilite las relaciones interpersonales e intrafamiliares desempeñándose mejor socialmente.

Por otra parte, la OMS no estipula la mejoría de la calidad de vida y, por deducción la “cura”, a la desaparición de los síntomas ni a la permanencia en seguimientos psicoterapéuticos o farmacológicos, ni tampoco a la necesidad de cambio de eventuales estructuras psicopatológicas. En su lugar, la “cura” estaría íntimamente ligada al concepto de autonomía.

Este concepto está asociado, en el psicoanálisis multifamiliar, al desarrollo de los recursos yoicos genuinos, también está ligado a la posibilidad de ser digno, de “ser persona”, posibilidad entendida como un derecho humano fundamental, tal como lo expresa Luis Pérez Aguirre (2001). Una persona autónoma, libre e indivisa siente bienestar al formar parte de tramas sociales que garanticen el ejercicio de sus derechos personales y sociales. En este sentido, las sesiones de psicoanálisis multifamiliar se pueden considerar como lugares apropiados (minisociedad) donde se realiza la educación y la construcción de estos derechos.

En cuanto a las generaciones que acuden a estas reuniones de psicoeducación Badaracco plantea que es muy difícil poder llegar a la tercera, aunque teóricamente se pueda inferir la existencia de la transmisión transgeneracional de la patología, como también puede verse como una generación nueva puede corregir la patología de generaciones anteriores.

Si se piensa en los aspectos intergeneracionales, como puede ser el vínculo simbiótico madre-hijo, tomando a Bowen (1960) este agrega sobre la intensa amenaza con que vive la madre en relación con el crecimiento de su hijo, ya que el pasaje de un nivel a otro del desarrollo desencadena comúnmente un aumento de exigencias y amenazas que generan actitudes vengativas por parte de la madre que colocan al hijo a una regresión y posición de indefenso. Estas situaciones son rápidamente detectadas en este dispositivo multifamiliar y sirven para poder apoyar al usuario a encontrar herramientas que pueda aplicar para enfrentar las exigencias de la madre, así como también la madre cuenta con apoyo para poder afrontar sus angustias ante la separación de su hijo. Frente a esto, Badaracco destaca que es muy difícil poder realizar algún tipo de señalamientos que impliquen cambios en relación al otro, ya que este tipo de madres presentan una herida narcisista muy grande que hace que se sientan criticadas ante cualquier comentario volviéndose incapaces de pensar encerrándose en su narcisismo patológico.

Badaracco (2000) agrega en términos psicoanalíticos que los roles en la familia son internalizados como un superyó primitivo lo que el autor llama la internalización de una relación simbiótica patógena, cuando el self intenta separarse, se produce un quiebre, una crisis de crecimiento que escasea en recursos yoicos para solventarla. Por esto es primordial la multifamiliar ya que la misma aporta a la familia recursos terapéuticos para desarmar tales estructuras operando aquí la multiplicidad de figuras identificatorias que ofrece el dispositivo ofreciendo puntos de referencia, habilitando a una desidentificación necesaria, favoreciendo el desprendimiento de la familia como núcleo.

TERAPIAS FARMACOLOGICAS Y REHABILITACION

Tomando a Vallejo Ruiloba (2006), la Psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición del tratamiento farmacológico.

Así mismo, Foucault (citado en Álvarez-Uría y Várela, 1990) propone que cuando comienza la nueva era en el tratamiento de enfermedades mentales se empieza a dar una estrecha relación entre la Psiquiatría y las industrias farmacéuticas y como sustento para esto, los psiquiatras afirmaron que toda enfermedad mental era un desequilibrio químico del cerebro y que se necesitaban drogas para corregirlo. En conjunto con el tratamiento psicológico, el abordaje terapéutico en pacientes esquizofrénicos viene de la mano con un tratamiento farmacológico el mismo es competencia del médico psiquiatra al cual la familia acude ante los primeros síntomas de la enfermedad.

Generalmente la familia llega a la consulta con muchas fantasías y ansiedades de lo que su familiar tiene, la primera consulta si no es en emergencias, se realiza de manera urgente ya que es común que la esquizofrenia empiece a ser detectada por los familiares junto con la sintomatología positiva es decir delirios, alucinaciones, entre otros. (V.Pardo 2007)

El paciente puede pasar varios años sin diagnóstico y sin tratamiento o lo que es peor medicado erróneamente manejando muchas veces un cuadro de depresión mayor o la falta de voluntad, sueño profundo y falta de higiene que poseen los adolescentes confundiendo con la sintomatología negativa; cuando estos adolescentes pasan largos días de encierro, sin bañarse y durmiendo más de lo normal, la enfermedad aparece en acto inhabilitando al sujeto de sus habilidades sociales, es en ese momento que el paciente se va aislando perdiendo contacto con sus redes y quedando cada vez más ensimismado en un mundo autístico típico de la esquizofrenia. (V. Pardo, 2007)

Según Casarotti (et. al., 2003) Cuando la sintomatología positiva irrumpe en el sujeto, es allí donde capta la atención de la familia, muchas veces con mucha violencia, persecución o ideas delirantes, los familiares claramente ven que algo está funcionando mal y es allí cuando se realiza la primer consulta, quizás habiendo pasado años conviviendo con una sintomatología negativa cortando con sus redes y estudios o trabajos inmersos en la apatía y abulia o falta de interés hasta de sus mejores gustos, siendo tratados quizás por mucho tiempo por depresión

Siguiendo con el autor, el tratamiento que se comienza ante los primeros inicios psicóticos son el suministro de psicofármacos estos son anti psicóticos, los mismos se clasifican en dos grupos, de 1era y 2da generación, de efectos semejantes con relación a los síntomas positivos pero diferente a los síntomas negativos los de 1era generación también llamados anti psicóticos convencionales comúnmente llamados neurolépticos ej: Clorpromazina, Haloperidol, etc y los anti psicóticos de 2da generación o atípicos se encuentran Clozapina Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazole, e lurasidona. Teniendo en cuenta el DSMIV (1995), la psicofarmacología es considerada el eje central del tratamiento. Los objetivos de la misma son: mejorar la desorganización en el pensamiento y la hostilidad descontrolada, tratar el primer brote rápidamente con el fin de estabilizar al paciente, mantener el tratamiento de por vida, tratar las recaídas con rapidez y eficacia, poder diferenciar las formas malignas o contraproducentes de la medicación, para llevar adelante otro tratamiento más eficaz, teniendo en cuenta la singularidad de cada sujeto Intentar evitar que el paciente se haga daño o pueda hacerle daño a terceros, evitar huidas, o toma de decisiones que lo perjudiquen, garantizar la mejor calidad de vida con el objetivo de lograr una reinserción familiar y laboral.

Es por esto que el tratamiento farmacológico es esencial en la esquizofrenia y demás psicosis, para esto es necesario un buen soporte terapéutico, para la buena evolución de la enfermedad, en las últimas décadas ha habido un aumento importante del número de estudios centrados en los aspectos neuropsicologicos de la esquizofrenia, los cuales han pretendido conocer los déficits cognitivos que presentan los pacientes esquizofrénicos y las consecuencias de estos déficits en su adaptación funcional.

El reconocimiento de la importancia de los déficits cognitivos en la esquizofrenia ha generado un creciente interés por la posible modificación de éstos a través de la rehabilitación neurocognitiva (Elias, Chesa, Izquierdo, Fernández y Sitjas, 2003). En esta línea, se han desarrollado una serie de terapias psicológicas adaptadas a las distintas necesidades y fases de la enfermedad en combinación con el tratamiento psico-farmacológico (Vallina y Lemos, 2001).

Este tipo de rehabilitación se inicia en los años 80 y busca modificar de manera estable determinadas capacidades cerebrales en virtud de la neuroplasticidad del sistema nervioso. Vallina y Lemos (2001) hicieron una revisión de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en la esquizofrenia e identificaron el desarrollo de cuatro grandes modalidades de tratamiento psicológico durante las últimas décadas: las intervenciones psicoeducativas familiares, el entrenamiento en habilidades sociales, las terapias cognitivo conductuales para los síntomas psicóticos, y los paquetes integrados multimodales (Roder, Brenner, Hodel y Kienzie, 1996).

EL APORTE DE LA PSICOEDUCACION A PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y PERSISTENTES Y SUS FAMILIAS

Los Trastornos Mentales Severos y Persistentes requieren que el tratamiento deba encararse considerando una atención a largo plazo, integrando distintas acciones terapéuticas según la fase de la enfermedad y el entorno socio-familiar del individuo.

Esto implica una concepción de la Rehabilitación amplia integrada desde el inicio del tratamiento; el objetivo del seguimiento a largo plazo es reducir el impacto actual y futuro de la enfermedad en la persona y su entorno, tratando de preservar lo máximo posible su calidad de vida. (Del Castillo, R, 2012)

La psicoeducación apunta al paciente y a su familia buscando mejorar la evolución de la enfermedad, disminuyendo las recaídas, mejorando el funcionamiento y la reinserción social.

Consiguiendo mayor adhesión al tratamiento, fortaleciendo la alianza terapéutica con la familia, logrando así que se consulte precozmente frente a los síntomas de descompensación y a los posibles efectos secundarios del tratamiento.

“También se disminuye la tensión familiar o “emoción expresada” (EE) que es el clima emocional que rodea al familiar enfermo, indicando aquellos aspectos del ambiente familiar que influyen en el pronóstico. Estos aspectos son: los comentarios críticos, la hostilidad, el sobre implicarse emocionalmente, y también la calidez y las actitudes positivas.

La EE es efectivamente predictiva, ya que los pacientes que viven con familias de alta EE recaen en una relación aproximada de 2 veces y media más con respecto a los que viven en familias de baja EE”. (Casarotti et. al., 2003, p. 145)

Con relación a la familia, esta estrategia busca disminuir el estrés grave que genera la convivencia con integrantes que padecen enfermedades mentales persistentes, donde aumentan la frecuencia de enfermedades físicas y psíquicas. Es por esto que el trabajo en Psicoeducación tiene que tener en cuenta lo común, pero también lo diferente. Lo propio del grupo familiar, la situación social, cultural, económica, lo afectivo, el potencial de cada uno, etc.

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los usuarios, la gran mayoría de estos pacientes viven con sus familias esto hace que la convivencia con el usuario presente dificultades y conflictos donde la familia se encuentre desbordada y con pocos recursos para enfrentar la problemática. Por este motivo las familias deben de ser apoyadas y cuidadas “cuidar a los que cuidan” brindándole información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar y contar con estrategias y recursos para manejar situaciones de estrés fomentando así la calidad de vida de la familia.

Lo terapéutico entonces de la psicoeducación radica en poder encontrarnos con el otro, escuchar sus necesidades, recibir su ayuda, compartir el dolor, la alegría, intercambiar soluciones, y acompañar para que no se sientan tan solos y vulnerables en este proceso. (Del Castillo, 2012)

Para esto se plantean grupos de familias y usuarios por separado, grupos de 10 a 15 integrantes, con una frecuencia semanal. De esta forma el grupo sirve como una herramienta de lucha contra la enfermedad, Renée Del Castillo (psicóloga del centro Psicosocial sur Palermo) señala que es importante hacerle sentir al otro que estamos con él y que juntos encontraremos salidas. Estos grupos pueden ser coordinados por médica/o psiquiatra, y psicóloga/o y/o enfermera/o y/o trabajadora/or social.

La información que las familias reciben es fundamental para clarificar miedos y fantasías vinculadas a la enfermedad, de esta forma se calman ansiedades y preocupaciones con la ayuda de Intercambios centrados en relatos de experiencias vividas, la información ayuda a conocer la enfermedad, teniendo en cuenta cómo prevenir futuras crisis y acceder a soluciones apropiadas, conocer acerca de la medicación, administración, beneficios y efectos secundarios, interiorizarse con la importancia de tratamientos psicosociales, tomar conciencia de las complicaciones que se puedan agregar a la enfermedad a consecuencia de recaídas, abandono de la medicación, administración errónea de la medicación, consumo de alcohol u otras drogas, es muy importante también tener conocimiento de los derechos y obligaciones para de esta manera sentirse participe del tratamiento teniendo así una participación activa en él. (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986)

Siguiendo con los autores antes mencionados, la psicoeducación, a través de la información, colabora a que el usuario tenga otro punto de vista de su enfermedad y este mayor entendimiento pueda afectar de manera positiva. De esta forma se disminuyen los riesgos de recaídas y fomenta una mejor calidad de vida, por otro lado los usuarios y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes debido a que la información ayuda a los miembros de la familia a adquirir una sensación de dominio sobre un proceso a veces caótico y aparentemente ingobernable, mediante esta se disminuye el miedo, la angustia y la confusión.

Según (Anderson, et al 1986) los clínicos deben destacar los lados fuertes de la familia e incrementarlos al máximo. A veces los lados fuertes de la familia son subestimados por los profesionales y por ellas mismas, por eso es necesario destacar las fortalezas de la familia en los momentos más críticos antes de destacar los puntos más débiles, señalando las etapas que han sobrellevado de buena forma, de esta manera es necesario establecer metas claras y posibles que se obtendrán con esfuerzo compartido con un plazo realista para su cumplimiento, en otra forma una meta ambigua y ambiciosa solo aumentara la confusión y frustración de las familias y pueden hacerla negar la capacidad terapéutica de los profesionales.

“El tratamiento debe tender a que la persona con TMSP pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social contando con el apoyo de los técnicos pertinentes. Avanzar hacia esa meta es reafirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y su potencial de salud. La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana.” (Castillo, Villar y Dogmanas, 2011pp85-86)

La identidad de las familias no tiene que ser solo la de ser padre madre o familiar de una persona discapacitada sino de ser ante todo personas con compromisos sociales, ciudadanos, y padres de personas con diversidad de capacidades y discapacidades.

“Me costó apartarme de él; no quería dejarlo solo. Si nos invitaban a salir sin él (...) en verdad, no quería ir. Al principio, me imponía la obligación de salir y mientras estaba fuera de la casa no podía quitarme la preocupación pero finalmente pude superarlo” (comentarios formulados por los padres de un paciente citado en Anderson et. Al, 1986.pp 137)

Es fundamental concientizar a estas familias que ante todo son personas que integran sus afectos y que interactuando entre sí, irán desarrollando el afecto habilitante que permita el crecimiento de su familiar enfermo.

Siguiendo con Del Castillo (2011) es aconsejable en estas ocasiones evaluar el apoyo de las redes sociales que cuente esa familia, los amigos u otros familiares que puedan estar disponibles para divertirse en actividades sociales, prestar ayuda en los quehaceres domésticos permitiéndose por un momento liberarse de su obligación de pensar constantemente en la enfermedad. Es importante también incluir al hijo en estas actividades ya que debido a los síntomas negativos de la esquizofrenia se intensifica aún más el aislamiento, costándole mucho más involucrarse en interacción social fuera de lo que es su familia inmediata.

Es positivo también que las familias cuando en la búsqueda de ayuda y consuelo por sobrellevar la enfermedad se encuentren con personas que hayan pasado por una experiencia similar, ayudarlos a conectarse con otros familiares de pacientes esquizofrénicos.

Muchas veces en estos dispositivos, las familias depositan expectativas tendientes a la cura, a que le devuelvan un hijo sano, eso puede llevar en algunos casos a enojos, rupturas con los centros de atención, probar nuevas experiencias. En la medida que la familia va aceptando la discapacidad valorando las capacidades de su hijo se puede recomponer y fortalecer la propia familia y con ella el vínculo terapéutico

Aceptar al hijo o hija con su dificultad en su calidad de persona es un camino al que se debe tender para fortalecer el proceso afectivo y la salud del grupo (Valencia 2013)

Renunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente triste para los padres, más aun si es el único hijo en donde deberán aprender a hacer frente al ensimismamiento del ser querido o a la pérdida de sus capacidades. (Cañamares y Castejón, 2007) Por otro lado en la perspectiva del usuario la preocupación central luego de aceptada la enfermedad después de largos “tires y empujes” pasa por el pensar en la ausencia de estos que hoy proveen la autonomía que no se tiene, “*¿Que va a pasar cuando mis padres no estén?*” es una pregunta recurrente en los usuarios, se vuelve importante y pertinente en este caso destacar los logros que el usuario fue teniendo en pro de su autonomía durante la rehabilitación habilitando así a pensar que en un futuro podrá ser auto-gestionado, es importante también tender redes en familia y allegados que puedan dar al usuario la tranquilidad de que cuando sus padres no estén será respaldado y apoyado por hermanos, primos o amigos . (Del Castillo, 2011)

Por otra parte las respuestas emocionales que comúnmente se reflejan en las familias son: angustia, miedo, culpa, impotencia.

Presenciar como un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable se vuelve para las familias una experiencia perturbadora, generando angustia y miedo que habilita a una búsqueda de sentido, es decir a un porqué de la esquizofrenia. (Anderson et al. 1986)

Siguiendo con el autor, la culpa es otro sentimiento que comúnmente aparece en las familias, el desconocimiento de las causas de la enfermedad hace que las familias se detengan a pensar en el influjo biológico hereditario que se plantea como una de las tantas teorías de las causas de la enfermedad; es así como las familias se repiensen en que fue lo que se hizo mal o que no se hizo para causar la enfermedad, los medios de comunicación refuerzan esa idea brindando muchas veces información errónea de las causas generando así mayor culpa y frustración en las familias.

Cañamares y Castejón (2007) resaltan que este modelo de intervención familiar psicoeducacional se basa en la hipótesis de que es extremadamente importante y valioso proporcionar información a los familiares de enfermos graves. Las familias se han convertido en las principales responsables de su cuidado y en consecuencia, intervienen más que nunca en la determinación de su destino. Los conocimientos sobre la esquizofrenia y su curso harán que a los miembros de la familia les resulte más fácil forjarse expectativas y planes realistas para el futuro. Pueden empezar a conocer, comprender y aceptar las limitaciones impuestas por la enfermedad en vez de aferrarse a la esperanza de que el mal desaparezca.

Es por esto que la información permite establecer metas apropiadas de corto y largo plazo, no solo para los pacientes, sino incluso para otros miembros de la familia y para esta en conjunto. Cabe esperar que sea menos probable que el familiar presione a los pacientes al comienzo de su enfermedad, cuando son menos capaces de tolerarlo.

La aparición de la esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia los síntomas positivos como los negativos irrumpen en la vida del sujeto tan fuerte como en las familias, en cuanto a la psicoeducación de los síntomas de la esquizofrenia, Cañamares (2007) propone que la información de los síntomas sea sobre los síntomas que los usuarios comenten como propios, se debe intentar diferenciar lo que son los síntomas de la enfermedad de otro tipo de sensaciones o malestares que tienen otro origen por ejemplo : los efectos secundarios de la medicación.

Siguiendo con los autores, muchas veces las familias traen a las reuniones conceptos erróneos productos de sus fantasías y ausencia de información en relación a tratamientos y aspectos de la propia enfermedad. En cuanto a los conceptos erróneos de la enfermedad que surjan en los encuentros se propone que se aborden de manera espontánea en discusión abierta contrastando estas ideas con datos experimentales que sitúen al usuario poniendo así en evidencia

la falsedad de estas concepciones erróneas que muchas veces maneja la familia de manera común produciendo aún más confusiones al tratamiento y abordaje terapéutico. (Cañamares y Castejón, 2007)

Es entonces el aspecto más complejo de la psicoeducación trabajar con el dolor y padecimiento tanto de los usuarios como de los familiares, la tarea de informar a un joven matrimonio que su hijo ya no será el de antes, que quizá no sea el profesional universitario que ellos deseaban o que la idea de la paternidad sea una gran responsabilidad que la enfermedad no permitirá cumplir, poder concientizar a la familia que su hijo es de ahora en más una persona vulnerable en su enfermedad que necesita de tiempos y hábitos en donde pueda desarrollarse con tranquilidad, y que su autonomía y su reinserción social es su nueva meta de vida y bandera central de su tratamiento implica también duelar un hijo sano, para poder recibir y aceptar un hijo con necesidades diferentes y capacidades distintas a las esperadas y deseadas. (V. Pardo. 2007)

Más aún, Minkowski (1980) propone que, existe un antes y un después de la internación lo cual se acompaña de un monto importante de angustia. Los usuarios sufren una experiencia de despersonalización, dentro de una crisis, el presente es vivido como vacío. El desconocimiento, por parte del paciente, acerca de su permanencia dentro del hospital interfiere en la concepción y proyección de futuro que es necesaria para restablecer la continuidad temporal y con ella, la identidad como hacía referencia Moffatt. En la perturbación del existir, que se llama crisis (el momento agudo de la enfermedad), se presenta la imposibilidad del paciente de autopercebirse como el mismo que era, la nueva situación lo colocó fuera de su historia, está alienado: etimológicamente extranjero para sí.

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO COMO HERRAMIENTA EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL.

La reforma psiquiátrica junto con la desmanicomialización establecieron en la sociedad notorios cambios frente a los pacientes psiquiátricos, la inserción del paciente con esquizofrenia en la sociedad hizo que esta se pensara nuevos espacios de acogida a estos pacientes, es así que surgen con mucha fuerza en nuestro país los centros de rehabilitación psicosocial, enmarcándonos en una América latina de pos dictaduras cívico militares la comunidad toda comenzó a buscar estrategias para convivir con estos pacientes que ya no estaban en instituciones manicomiales si no que eran devueltos a la sociedad.

El rol del acompañamiento terapéutico se establece con gran impronta a finales de los años 60 en Argentina, es promulgado por distintas teorías conceptuales, clínicas, comunitarias, y hasta político-sociales que promovían una nueva significación de la locura, y de sus posibilidades de tratamiento. El psicoanálisis, la psiquiatría comunitaria, la antipsiquiatría, y las experiencias ligadas a los grupos operativos, el psicodrama, la psicología social de la época, como también aquellos que participan del entorno asistencial (trabajadores de la institución hospitalaria, organizaciones de la comunidad, familiares de pacientes, etc.)

Un sujeto que realiza un corte con la realidad luego de volver de una crisis o de una internación encuentra perturbada la relación que tenía con su espacio público, su vínculo, sus redes, los lugares que frecuentaba en la ciudad, es decir, su ecología. El ensimismamiento de la propia enfermedad esquizofrénica hace que este vea su ecología como un lugar no seguro o peligroso, inhabilitándolo a salir de su casa refugiándose en un aislamiento en donde hasta su propia familia puede resultarle amenazante e intrusiva y en donde su mundo se estrecha cada vez más a su habitación.

El rol del acompañante terapéutico en este caso citando a Rossi (2004) habilita a este sujeto poder reinsertarse en la comunidad actuando como YO auxiliar, es decir, el acompañante terapéutico le presta al usuario su YO para que este pueda volver a insertarse en la comunidad desde otro lugar, lo que se denomina neo-inserción, el encuadre del AT debe ser flexible y plástico ajustado a cada tipo de usuario, deberá ser repensado constantemente buscando la singularidad de cada caso, se define como un enfoque que trabaja desde una distancia mínima y una amplia disponibilidad afectiva . Es asimismo una técnica terapéutica complementaria a la psicoterapia que funciona de apoyo para la contención de pacientes en un marco de prevención, atención y neo-inserción. El AT nunca debe trabajar solo, el éxito del AT es formar una alianza terapéutica con la familia, el psiquiatra tratante y el centro psicosocial o su terapeuta.

3. IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA COMUNIDAD

PLAN DE SALUD MENTAL Y NUEVAS PRESTACIONES EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)

En nuestro país se desarrolló una serie de políticas que han englobado los servicios de salud mental reconociendo la importancia de los mismos tanto en salud pública como mutualistas este es el Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental, incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) desde el año 2011.

Dicho Plan se contextualiza en una reforma de Estado, incluyendo una reforma de sistema, cuyo fin es procurar que los sistemas logren responder satisfactoriamente, de forma universal y equitativa las demandas de salud de la población. Esto último, se refiere a la posibilidad de dar accesibilidad a todos aquellos que la necesiten, De esta manera, se logra que esta última sea equitativa e igualitaria. (Plan de implementación de prestaciones de salud mental en el sistema integrado de salud, 2011)

En cuanto a la salud mental, los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura (Organización Panamericana de la salud OPS, 2009) según el informe sobre salud en el mundo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001) la esquizofrenia constituye la séptima causa de años vividos con discapacidad, con un porcentaje en el total de enfermedades del 2.8 %. Incluso en la franja etaria que va entre los 15 y los 44 años, la esquizofrenia ocupa el tercer puesto con un porcentaje de 4.9%.

En nuestro país, existe actualmente un plan de salud mental que ampara a estas personas brindándoles asistencia, Desde las primeras décadas del pasado siglo la idea de la internación de los enfermos mentales en los asilos manicomiales es pensada como una forma de “secuestro” que excluye a estos pacientes retirándolos de la vida social es así que surge la ley 9.581 del 8 de agosto de 1936, “Ley de asistencia de psicópatas”. Vigente, hoy con 78 años esta ley autoriza (art.1) asistencia en:

- 1-domicilio privado u otra casa particular
- 2-establecimiento psiquiátrico privado
- 3-establecimiento psiquiátrico oficial

La ley señala a las familias o a los encargados de los enfermos como responsables directos y garantes de la asistencia a los enfermos, y si no pueden atender exigencias del tratamiento deben solicitar apoyo al Ministerio de Salud Pública (art.2)

G. Berro (2009) plantea que debemos estar atentos de no someter a personas con problemas sociales, judiciales y médicos en una misma bolsa y alejarlos (“alienarlos”) con internaciones compulsivas ya que estas se deben limitar a casos puntuales graves y urgentes, plantea también que una nueva ley no dará soluciones efectivas a un tema tan complejo como son las enfermedades mentales ya que es necesario un marco legal que ampare la asistencia de estos enfermos.

El organismo rector (MSP) del cuál emanan los lineamientos programáticos, trabaja conjuntamente con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata creada en 1948, para dar un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales.

Según Del Castillo (2000) El desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos han contribuido de alguna manera a superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial. En cuanto a rehabilitación psicosocial en Uruguay, se busca lograr que la persona, como miembro activo de la comunidad logre una mejora en su calidad de vida; para esto, es necesario el desarrollar estrategias integrales desde un enfoque inclusivo y participativo.

Continuando con la autora, resalta la situación actual de la rehabilitación psicosocial en Uruguay, donde manifiesta que el prestador integral de salud cuyos servicios de salud mental poseen mayor grado de integración y articulación en red, es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La misma está conformada por diversos dispositivos que prestan servicios en el primer, segundo y tercer nivel de atención: *Las Colonias Psiquiátricas* (Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare), remanentes de una cultura asistencial de asilos en el Uruguay y donde actualmente se encuentran internadas 821 personas. *El Hospital Vilardebó* como Hospital de Agudos desarrolla diversos Programas tendientes a la Rehabilitación, entre ellos: Programa de Atención en Crisis (ACRI), Rehabilitación en Sala, Centro Diurno y Psicoeducación, Pasantías remuneradas de Capacitación Laboral en Gastronomía y Tisanería Básica y en Huerta Orgánica (convenio con organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil), Pasantías de reparación y reciclaje de espacios, muebles y materiales del Hospital. *Las Unidades de Salud Mental* en Hospitales Generales en todo el país. Los *Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial* integrados por el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Diurno Sayago y Centro de

Rehabilitación de Pando de Montevideo y Área Metropolitana. Los *Equipos Comunitarios de Salud Mental* (ECSM), 45 en total, distribuidos en 28 en el interior y 17 en la capital del país.

ESTIGMA Y CONCIENCIA SOCIAL VULNERABILIDAD Y GRADO DE ESTRÉS

Según López y Cuenca (2000) el estigma es un constructo social que engloba actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos, es un prejuicio y conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada.

Las personas que padecen algún trastorno mental son uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, especialmente las que padecen esquizofrenia (Domenici, 1993).

Siguiendo a Byrne, P. (2001) en cuanto al concepto que tiene la sociedad del enfermo mental es de un prototipo de persona agresiva, impredecible en sus actos o conductas, débil, vagos y pocos productivos para la sociedad, una persona con la cual no se puede llevar un dialogo ni razonar, este estereotipo refuerza y conlleva a una percepción de peligrosidad y miedo en las relaciones con estas personas, posiblemente estos prejuicios vengan de la mano de una mala información e ignorancia sobre esta enfermedad imposibilitando y dificultando uno de los pilares básicos de la rehabilitación que es alcanzar el estatus de ciudadano de pleno derecho (Rodríguez A, 1997) Sin embargo, Walsh (2002) demuestra que suelen ser en más ocasiones víctimas de agresiones que la población general, contrariamente al estereotipo social que está establecido de miedo y violencia hacia estos pacientes. Por otro lado (Phillips, M. et, al 2002) plantea que la familia es también estigmatizada al igual que su familiar enfermo ya que estas sufren un gran impacto emocional en donde surgen conductas de vergüenza y aislamiento en una postura de secretismo ligada a un fuerte componente de culpabilidad hacia la causa de la enfermedad preponderando el efecto mayor del estigma que es justamente la internalización de las valoraciones negativos de los otros.

Disminución de su autoestima, generalmente estos pacientes poseen una baja autoestima y es parte de la rehabilitación poder devolver el estima propio, propiciando así fortalezas en el tratamiento, otro aspecto que perjudica el estigma es el aislamiento que estos mantienen, el fuerte estigma favorece a aumentar aún más el encierro dificultando la petición de ayuda, afectando colateralmente el nexo entre la persona y el acceso a los servicios o inhibiendo el ejercicio de sus

derechos dificultando también todo tipo de relacionamiento social, educativo o recreativo que la persona desee realizar.

En cuanto al cuidado físico de estos pacientes Schulze y Angermeyer,(2003) agregan que en los servicios de salud comúnmente los trabajadores sanitarios consideran frecuentemente a las personas diagnosticadas de esquizofrenia como imprevisibles, peligrosos, afectados por una enfermedad incurable, incapaces de participar activamente en las decisiones sobre su propia vida y su propia salud, hipocondriacos, estos prejuicios convierten a una pobre atención dedicada por los médicos a los trastornos físicos que estos pacientes se aquejan, con una fuerte tendencia a interpretar estas quejas físicas a signos de la patología mental realizando una menos apreciación diagnóstica y en consecuencia terapéutica. Es además común que estos pacientes sean tratados con menos respeto que los otros en los servicios médicos y quirúrgicos y transferidos a departamentos psiquiátricos tan pronto como sea posible, en razón del diagnóstico de esquizofrenia (Schulze y Angermeyer, 2003).

3. PRINCIPALES ESCALAS DE VALORACION APLICADAS A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Existen en la actualidad diversas escalas que miden distintos síntomas de esta patología, pudiendo dar cuenta así del nivel de discapacidad que tiene la persona que porta esta enfermedad, el nivel de sobrecarga que poseen los cuidadores de estos pacientes y permite además evaluar dispositivos empleados en la rehabilitación.

Este es el caso del estudio que se llevó a cabo en la Universidad de Valencia donde se evaluó la efectividad de la psicoeducación en familiares dentro del tratamiento de rehabilitación de su familiar con esquizofrenia, lo que se pretendió evaluar allí fue la sobrecarga emocional que genera el estar al cuidado de un paciente con estas características, teniendo como hipótesis central que el dispositivo de psicoeducación aliviana las tensiones familiares generando en el núcleo familiar un conocimiento mayor de la patología y de las conductas de sus familiares, pudiendo así, afrontar de mejor manera las crisis y logrando una mejor adhesión al tratamiento.

La escala de Zarit fue la utilizada en este caso para aprobar esta hipótesis (Zarit, Reeve y Bach-Peterson, 1980)la misma fue diseñada para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el

cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos, la función principal de esta escala es apreciar la vivencia subjetiva de la sobrecarga sentida por el cuidador, consta de 22 preguntas de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga (<46), sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa (>56). El instrumento ha sido validado en Chile, presentando adecuadas propiedades psicométricas, claridad de sus reactivos y una adecuada consistencia interna, con un alpha de Cronbach de 0,91 (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra y Millán, 2009).

En dicha investigación se establecieron tres grupos iniciales, el primer grupo lo constituían pacientes que estaban en tratamiento de rehabilitación psicosocial y familiares que asistían a psicoeducación, el segundo lo formaban padres que asistían a psicoeducación pero sus familiares solo recibían tratamiento ambulatorio, mientras que el tercer y último grupo no asistía a ningún grupo ni tratamiento, se realizó la escala al comienzo de la investigación y a los nueve meses se volvió a realizar, aprobando la hipótesis central y llegando a la conclusión de que el programa de psicoeducación disminuye el nivel de sobrecarga de los cuidadores debido a que mediante la información de cómo deben atender al enfermo mental, mejora considerablemente su calidad de vida y concomitante a esto la rehabilitación.

Distinta escala que es aplicada frecuentemente en la esquizofrenia es la escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental (**SUMD**), una investigación que se llevó a cabo en el centro de salud mental Gavá en Barcelona, (Haro, JM, Ochoa, S, 2001) utilizó esta escala para evaluar la conciencia de enfermedad que poseen los pacientes con esquizofrenia y como la conciencia de enfermedad se relaciona con las variables socio demográficas y el cumplimiento terapéutico. Para esta muestra se reunió a 69 pacientes esquizofrénicos y se les entrevistó con un cuestionario socio demográfico, escalas clínicas y de adaptación social (SCAN, GAF, PANSS, DAS) y la escala de conciencia de enfermedad (SUMD) los resultados obtenidos indicaron que: el género, el nivel de estudios y el tipo de convivencia y diversas variables clínicas y de discapacidad están relacionadas con el nivel de conciencia de enfermedad.

Una de las escalas más usadas y aplicadas en América latina es: la escala de Síntomas Positivos y Negativos (**PANSS**; Kay, Fiszbein y Opler, 1987): es de utilidad en la valoración de la rigidez de los síntomas y en el seguimiento a la respuesta al tratamiento. La escala se aplica mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems que se puntúan de 1 a 7, está formada por tres subescalas: la positiva (PANSS-P), de 7 ítems, que evalúa aquellos síntomas como alucinaciones y trastornos del pensamiento; la negativa (PANSS-N), de 7, que mide síntomas de desmotivación y reducción de la emoción; y la de psicopatología general (PANSS-PG),

de 16 ítems, que mide la presencia de depresión o ansiedad. Existe una cuarta escala, la llamada compuesta (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva. Esta escala ha sido traducida y validada en España por Peralta y Cuesta (1994). Presentando por los autores validez inter-observador y de constructo, elevada consistencia interna y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intra-clase es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas. (Fiszbein y Opler, 1987)

4. CONSIDERACIONES GENERALES

En el recorrido realizado por los principales dispositivos que se incluyen en la rehabilitación psicosocial para pacientes con psicosis crónica más precisamente esquizofrenia, se llega a la conclusión que en cuanto a la evolución de dichos usuarios la anterior mencionada cronicidad propia de la patología esquizofrénica y el deterioro que plantean los principales manuales de psiquiatría, no aparece de manera grave si se logra una adecuada adhesión al tratamiento farmacológico y psicosocial.

En el caso de que no existan tales tratamientos la evolución de estos usuarios lleva a un grado de deterioro conduciendo a la desorganización grave de la vida mental, predominando en este caso la sintomatología negativa.

La rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia cursa una larga trayectoria desde el comienzo de la enfermedad, la detección de la misma y el comienzo del tratamiento, se vuelve imprescindible contar con el apoyo de las familias ya que estas son uno de los pilares primordiales para la rehabilitación, es fundamental además que estas familias puedan estar psicoeducadas para aliviar así el estrés y evitar lo que se conoce como alta emoción expresada por parte de estos familiares.

La sobrecarga o niveles de estrés que pueden tolerar una persona con esta patología es baja y a veces nula, tal es así que solo un 10% de ellos logra insertarse en el mundo laboral, un porcentaje aún menor es el que contrae matrimonio y más bajo aun el que logra tener hijos.

En suma, apostar a la rehabilitación psicosocial es apostar a brindarles una mejor calidad de vida y una adecuada autonomía, generar puentes que conecten a la comunidad con la vulnerabilidad que presentan estos usuarios, construir en conjunto un proyecto de vida que contemple las limitaciones de la esquizofrenia, acompañar, apoyar, promover el acercamiento activo pero no invasor al usuario, generar una actitud de esperanza en el cambio apelando al potencial curativo de las relaciones interpersonales” (M. Bleuler, 1993) Haciendo énfasis en la mejoría de los

funcionamientos, cuidado personal, autonomía y actividades de la vida cotidiana ocupacional (estudio, trabajo, tareas del hogar con la familia social, recreación, tiempo libre, entre otras).

Apostar a una rehabilitación que posibilite una “autoconfiguración” más saludable, flexible, dinámica, activa, más adaptable a la realidad un nuevo posicionamiento existencial ante la vida, un nuevo equilibrio, generando expectativas realistas y una auto conciencia de trastornos y de cuidados (Conciencia de enfermedad, manejo del estrés) incrementando y mejorando en la calidad de las redes de apoyo socio – familiar.

En cuanto a la comunidad, sería de gran importancia que la sociedad pueda tener conocimiento de la vulnerabilidad que esta enfermedad conlleva tanto en quien la padece como en las familias, poder comprender e identificar una persona discapacitada mental en el colectivo social se vuelve muy difícil ya que las enfermedades mentales forman parte de las enfermedades que “no se ven”, es decir, las que no se pueden identificar a simple vista, las que no se muestran en el cuerpo. Es por esto fundamental llevar adelante políticas de concientización social para de esta forma incluir a esta población y sus familias, evitando el estigma y generando puentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1977). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Anderson, C, Reiss, D, y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anzieu, D. & Kaes, R. (1989). *Crónica de un grupo*. México: Gedisa.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, Organización Mundial de la Salud (1997).
Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR
(Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial) OMS (Organización Mundial de la Salud). *Boletín de la AMRP*.
- Asociación Psicoanalítica Argentina (2014). *Psicoanálisis Multifamiliar*. Recuperado de <http://www.apa.org.ar/2014/03/13/psicoanalisis-multifamiliar/>
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Becerra, J. (2008). *El constructo emoción expresada en la esquizofrenia*. Recuperado De <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1053/3/El-constructoemocion-expresada-en-la-esquizofrenia>
- Breinbauer K, Hayo, Vásquez V, Hugo, Mayanz S, Sebastián, Guerra, Claudia, & Millán K, Teresa. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665. Recuperado en 26 de octubre de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872009000500009.
- Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos, dinámica de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Bleuler, E. "*Demencia precoz, el grupo de las esquizofrenias*". (1908) Buenos Aires, Ediciones Horne.
- Cañamares, J.M., Castejón, M.A., y cols. (2007) *Esquizofrenia*. Ed. Síntesis. Madrid.

- Carrasco, O. Pradana, M. y Blanco, L. (2011) Psicoeducación y prevención de recaídas. En Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Ed. Síntesis. Madrid. Pp. 295-332.
- Carol Anderson, Douglas Reiss y Gerard Hogarty (1986) Amorrortu editors.
- Casarotti, H (2003). Pautas actuales del tratamiento de los Trastornos Psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(1).
- Del Castillo, R., Villar, M. y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- Del Castillo, R. –Documentos durante la Dirección del Programa Nacional de Salud Mental del MSP- años 2007-2010
- Ey, H. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 223-244. Recuperado desde: file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/104-207-1-SM.pdf
- Freud, S. (1976) *Introducción al Narcisismo*. En J. L. Echeverry (Trad.), *Obras Completas*(Vol.14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1914).
- Freud, S. (1980). Lo inconsciente. En J. L. Echeverry (Trad.), *Obras completas*(Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu. Tomo1.
- Freud, S. 1993a). (*Los textos fundamentales del psicoanálisis* (Trad. L. López, R. Rey y G. Dessal). Barcelona: Altaya.
- Freud, S. (1993b). El yo y el ello. En J. De Jódar (Ed.), *Grandes Obras del Pensamiento*, Barcelona: Altaya.
- Gabbard, G. (2009). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Panamericana.
- García Badaracco, J. (2000). "*Psicoanálisis multifamiliar*": una teoría del enfermar y la cura". Buenos Aires: Paidós.

González Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010). Programa de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria de las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1806/180615360009.pdf&sa=U&ei=tZIGU76qLpTr0QHqt4CwCw&ved=0CCAQFjAA&sig2=W8_uxWFQELvG6SOWyKT4gA&usg=AFQjCNFJm - eQl5YgzpiAOXWssj_hFoTQ.

Hernández, M., Nieto, M. (Coords.) (2011) Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Intersecciones y fronteras de la salud mental, 1. Ed. Grupo 5. Madrid.

Jablensky A. (1992). Schizophrenia: Recent epidemiologic issues. *Epidemiologic Reviews*, 17: 10-20.

Jacobson, E. (1953). Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. En P. Greenacre (Ed.), *Affective Disorders* (pp. 49-83). New York: International Universities Press.

Jorgensen, P. (1989). Classification and outcome in non-schizophrenic, non-affective delusional disorder. *Psychopathology*, 22, 198-201.

Kaes, R. (2000b). *El aparato psíquico grupal*. Buenos Aires: Gedisa.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo*. Madrid: Médica Panamericana.

Kaplan, H. Sadock, B. "Sinopsis de Psiquiatría". (1999). España. Editorial Médica Panamericana.

Killingmo, Björn. "Conflicto y Déficit: implicancias para la técnica"
Libro Anual del Psicoanálisis. IPA (1989).

Lacan (J.), "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", in *Escritos*, op. cit., pág. 549; in *Écrits*, pág. 568.

Laplanche, J. & Pontalis, J-B., (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidós.

Maleval, J -C., *La forclusión del Nombre del Padre*, Paidós, Buenos Aires, 2002, p.111-123, 295-312.

- Mendilaharzu, C. (1987). Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*,
- Miller, J.-A. (1987). Suplemento topológico a “De una cuestión preliminar”.... En *Matemas/* (Trads. J. C. Indart, D. S. Rabinovich et al.) (p. 140). Buenos Aires: Manantial.
- Nieto Degregori, M. (2011). El equipo terapéutico en patologías mentales graves. En *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Intersecciones y fronteras de la salud mental*, I. E Síntesis. Madrid. Pp. 211-222.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. (Versión provisional en español). Recuperado de www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1), 71-83.
- Pardo, V. (2007). Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(1),
- Pardo, V. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(1),
- Pardo, O., Curbelo, R., del Castillo, S., Grunbaum, E., Regazzoni, M. Kaplan. (2002). Evaluación retrospectiva de un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para adultos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66(1),
- Pérez, D. (2009). *Funcionamiento Psicosocial de personas con esquizofrenia que participan en Programas de Rehabilitación Psicosocial ejecutados por COSAM de la Zona Occidente (Región Metropolitana)*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Recuperada de http://www.researchgate.net/publication/220025585_Tesis_Funcionamiento_Psicosocial%20%20de_personas_con_esquizofrenia/file/8d1c84f41442226a33.pdf&sa=U&ei=EZp%20GU8SP

[KNOP0%20%20%20%20gH0IIGIBg&ved=0CB4QFjAA&sig2=QfCGvlnru50kKhbX0Wqaw
&usg=AFQjCNFGGeG62clHrDjKK-XsWvIRbTJnsw](http://www.knopo.com/gH0IIGIBg&ved=0CB4QFjAA&sig2=QfCGvlnru50kKhbX0Wqaw&usg=AFQjCNFGGeG62clHrDjKK-XsWvIRbTJnsw)

- Pérez-Sánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas: psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós.
- Pichot, P. (1995). *DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Racamier, P.C. "Los esquizofrénicos". Editorial Biblioteca Nueva. Madrid (1983).
- Rodríguez, G, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Tizón, J. (2004). Terapias combinadas en la esquizofrenia; ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construímosy combinamos?..*Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(90), 97-131. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon_2004_Terapia%20combinadas%20en%20la%20EQF.pdf.
- Tizón, J. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área de Promoción y Prevención. Programa Nacional de Salud Mental. (2011). *Plan de Implementación de prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de <http://www.supia.org.uy/PRESTACIONES.pdf>
- Uruguay. Ministerio De Salud Pública. Departamento De Programación Estratégica En Salud. Área De Promoción Y Prevención. Programa Nacional de Salud Mental (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud Mental*. Recuperado de http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf
- Valencia, F. (2013). Duelo y recuperación tras el inicio de la psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 9-20. Doi: 10.4321/S0211-57352014000100002.

- Vallejo Ruiloba, J. (1991). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (3a ed.). Barcelona: Masson.
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit: Implicancias para la técnica. *Libro anual de psicoanálisis del Int. J. Psychoanalysis*, 70, 111-126.
- Vidal, G. Alarcón, R. "*Psiquiatría*" (1986). Buenos Aires Editorial Panamericana.