



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Instituto de Psicología Clínica

**Rehabilitación psicosocial en esquizofrenia
Importancia de la familia durante el proceso de intervención**

Bárbara María Pugliese Sansó
4.134.486-9

Tutora: Gabriela Prieto

Montevideo, Julio de 2014

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Construcción y evolución histórica del concepto de esquizofrenia.....	4
Construcción de aparato psíquico en la esquizofrenia.....	8
Criterios diagnósticos para la esquizofrenia.....	12
Rehabilitación psicosocial.....	18
Programas de rehabilitación psicosocial.....	23
Entrenamiento de habilidades sociales.....	23
Psicoeducación y prevención de recaídas.....	24
Autocontrol y manejo de ansiedad	24
Rehabilitación cognitiva.....	25
Intervenciones familiares.....	26
Referencias bibliográficas.....	33

Resumen

El presente trabajo se centra en la posibilidad de rehabilitación que presentan los sujetos diagnosticados con esquizofrenia, desde una intervención psicosocial. Este tipo de intervención terapéutica ha demostrado obtener resultados satisfactorios en cuanto a la readaptación del sujeto a la vida en sociedad conjunto a la intervención farmacológica.

Para ello, se parte de una perspectiva bio-psico-social, entendiendo que en todos los procesos de salud-enfermedad se encuentran involucrados aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales y comprendiendo al sujeto desde un modelo holístico y dinámico. En consecuencia, una intervención para la rehabilitación debe ser pensada desde un modelo integral.

A partir de esto, se realiza un recorrido acerca de la construcción y evolución histórica del concepto de esquizofrenia y la clasificación que actualmente proporcionan algunos manuales sobre este trastorno. A continuación, se hace énfasis en la rehabilitación psicosocial como herramienta para potenciar las aptitudes del paciente, incrementar el compromiso afectivo del sujeto con el proceso terapéutico y fortalecer sus habilidades psicosociales. Por último, se detallan brevemente los principales programas de rehabilitación psicosocial, para luego centrarse en el rol del grupo familiar durante este proceso.

Palabras clave: Psicosis – esquizofrenia – rehabilitación psicosocial – familia

Introducción

A partir de la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no refiere únicamente a la ausencia de enfermedades, sino a un estado de bienestar que incluye aspectos físicos, mentales y sociales, que se relacionan entre sí, se destaca la importancia de la salud mental para lograr el bienestar personal, familiar y el desarrollo social ya que una mala salud mental interfiere con la capacidad del sujeto para aprender y ser económicamente productivo. (2008)

La OMS (2008), señala que “La esquizofrenia es uno de los trastornos más estigmatizantes, con la consiguiente violación de los derechos humanos y discriminación en áreas como el empleo, la vivienda y la educación.” (p.36) y establece que los tratamientos adecuados para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son, además de los tratamientos con medicación antipsicótica, las intervenciones psicosociales, familiares y rehabilitación comunitaria, brindados por profesionales capacitados .

A raíz de la premisa de que la atención en salud debe ser tratada de forma integral y que el individuo se encuentra inmerso en distintos sistemas organizativos, resulta necesario trabajar sobre un modelo bio-psico-social. Se considera al medio ambiente, a la familia y a los demás medios en los que el individuo esté inserto como factores que pueden contribuir o no a la rehabilitación del sujeto. (Pérez, 2009)

En esta línea, es que se desarrolla un recorrido acerca del proceso de construcción del concepto de esquizofrenia y la identificación de los signos y síntomas que la conforman, así como también se describen los principales abordajes terapéuticos de la rehabilitación psicosocial, que apunta a mejorar la calidad de vida del sujeto en su medio natural recuperando sus habilidades, mejorando las relaciones e integración social y proporcionando estrategias para prevenir recaídas y nuevas hospitalizaciones.

Se destaca que este abordaje terapéutico provee de mejores resultados al sujeto cuando la intervención es realizada luego del primer brote de la enfermedad, el que comúnmente sucede durante la adolescencia o primeros años de la adultez, momento en el que el sujeto posee mayor permeabilidad biológica, psicológica y social. A su vez, se hace necesario evidenciar la importancia de los vínculos y redes de apoyo para el paciente, teniendo la familia un rol central en la prevención de recaídas. Asimismo, es indispensable proporcionar a la familia de apoyo y herramientas para afrontar la experiencia de esta como grupo. Como también procurar que

ésta cuenta con expectativas y objetivos realistas respecto al proceso de rehabilitación. (Baldor, Jerez, Rullas y González, 2008)

Las intervenciones familiares encuentran sustento en los aportes realizados por Pichón Rivière (2001), entre otros, en lo que se revela que la enfermedad mental se presenta como un conflicto del grupo familiar, en donde el sujeto actúa de portavoz. A raíz de este concepto, se evidencia que al producirse cambios en el grupo familiar, estos generan cambios tanto en la sociedad, como en el individuo.

Se evidencia además, la importancia del aspecto transgeneracional, destacando al sujeto como parte integrante de una cadena en la que repercuten las generaciones que lo anteceden, sus contemporáneos y su historia personal. En la repetición transgeneracional, indicadora de una situación traumática que no pudo ser elaborada, se observa a pesar de su carácter reiterativo, nuevos elementos aportados por las generaciones nuevas. (Losso y Packciarz, 2007)

Construcción y evolución histórica del concepto de esquizofrenia

Novella y Huertas (2010) realizan un recorrido por la historia de la esquizofrenia en el que destacan significativos aportes de Morel, Kraepelin, Bleuler y Schneider, en la construcción del concepto de esquizofrenia y sus manifestaciones clínicas.

Estos autores señalan que Morel durante 1860 en su *Traité des maladies mentales* utilizó el término *Démence précoce* para referir al estado de embrutecimiento, que con el paso del tiempo llegó a una demencia precoz y creciente incapacidad en todas las facultades del adolescente observado. Describió esta patología dentro de los trastornos hereditarios.

A diferencia de Morel, Emil Kraepelin (1856-1926) diferenció de otras enfermedades mentales y psicopatías degenerativas a lo que llamó *Dementia praecox*. Este término tuvo gran difusión durante el siglo XX y reunía un conjunto de cuadros clínicos caracterizados por un proceso de deterioro. Este autor tuvo en cuenta los conceptos de catatonía y hebefrenia desarrollados por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) y Edward Hecker (1843-1909) respectivamente.

Así pues, Kraepelin diferenció dos tipos de demencia precoz, la primera que transcurría de forma progresiva y que producía un deterioro permanente y la segunda que presentaba brotes y el déficit que producía era reversible.

Otro aporte significativo de este autor, fue la descripción de una serie de síntomas deficitarios que correspondían a esta patología, estos incluyen el deterioro afectivo, indiferencia, apatía, pensamiento desorganizado, disgregación psíquica, sumados a las ideas delirantes, las alucinaciones o los trastornos psicomotores. Síntomas también destacados en las clasificaciones de los manuales actualmente utilizados.

No obstante, para Freud (1914-1963), la psicosis consistía en un conflicto entre el yo y el mundo externo, una desmentida de la realidad y una posterior remodelación de la misma. Al observar que los pacientes con esquizofrenia estaban imposibilitados de establecer transferencias, Freud desarrolló el concepto de *catexis*, refiriendo a la energía ligada a la representación de un objeto. Sostenía que la esquizofrenia se caracterizaba por una descatectización de los objetos. Esta patología era según él, una regresión a un estado autoerótico del desarrollo en respuesta a importantes frustraciones y conflictos con los otros. De este modo, el retiro de la investidura libidinal de la representación del objeto explicaba el retraimiento autístico que presentaba el sujeto. La *catexis* era reinvestida en el self o en el yo.

(Gabbard, 2002)

Harry Stack Sullivan (1962), citado por Gabbard (2002), explica que la esquizofrenia se basa en un conflicto entre el progenitor y el hijo, en una etapa temprana del desarrollo, una maternidad poco eficaz puede ser generadora de un self cargado de ansiedad en el niño impidiendo satisfacer sus necesidades. Sullivan señalaba el inicio de la esquizofrenia a partir del resurgimiento de un self disociado que llevaba al estado de pánico, culminando en una desorganización psicótica. Este autor, puntualizó además que a pesar de los síntomas de la enfermedad, todos los sujetos con esquizofrenia poseen habilidades para las relaciones interpersonales.

Otros autores como Federn (1952), también alejado del concepto de Freud sobre esta patología, sostuvieron que existía una ausencia de la barrera entre el interior y el exterior en estos sujetos, porque el límite del yo no estaba investido. (Gabbard, 2002)

Eugen Bleuler, influenciado por los aportes de Sigmund Freud y Carl Gustav Jung, caracterizó durante 1911 el cuadro psicopatológico a partir de la escisión del yo, introduciendo de este modo el término “esquizofrenia” o mente escindida y otorgándole gran importancia a la interpretación psicopatológica. Esta escisión psíquica es “resultante de la acción de complejos independientes o cadenas de representaciones con un determinado tono afectivo que, al dominar sucesivamente la personalidad, comprometían su unidad.” (Novella y Huertas, 2010, p.208)

Bleuler (1961), quien se había caracterizado por establecer un vínculo afectivo y personal con sus pacientes, destacó las causas orgánicas de la enfermedad y describió los síntomas primarios y exclusivos de la esquizofrenia, estos son los trastornos en las asociaciones, trastornos afectivos, la ambivalencia y el autismo como prevalencia de la vida interior en detrimento de la vida en relación. Los síntomas secundarios que se presentan a partir de que la reacción de la psique enferma, son los delirios, las alucinaciones, la perturbación de la memoria o los trastornos del lenguaje. Distinguió además cinco formas clínicas, la paranoide, la catatónica y la hebefrénica basadas en los aportes de Kraepelin, una forma simple de manifestación de la esquizofrenia y por último una forma latente o paucisintomática. (Novella y Huertas, 2010)

Por otra parte, Bleuler se caracterizó por el enfoque psicoanalista utilizado, mediante el cual desarrolló el concepto de esquizofrenia, pero más tarde aclarará que su alejamiento de esta teoría se debe, entre otras cosas, a la imposibilidad de afirmar el origen meramente psicógeno

de la enfermedad, asumiendo de esta manera la base orgánica de la misma.(Novella y Huertas, 2010)

Por último, Novella y Huertas (2010) presentan también los aportes de Kurt Schneider (1887-1967), quien basado en que la observación clínica proporcionaba herramientas suficientes para el diagnóstico de esquizofrenia, realizó una destacada caracterización de los síntomas. Schneider invirtió la importancia de los síntomas establecidos por Bleuler y estableció que determinadas experiencias psicóticas resultaban suficientes para identificar la enfermedad, estos síntomas de “primer rango” estaban conformados por las alucinaciones auditivas, en donde el sujeto escucha que las voces opinan, le replican y le indican que realice ciertas acciones, las experiencias corporales de influencia, robo del pensamiento o difusión del mismo, la percepción delirante y la convicción por parte del sujeto de que sus sentimientos y tendencias son influenciados.

Por consiguiente, Schneider añadió a estas manifestaciones de “primer rango” el deterioro descrito por Kraepelin y la desorganización característica señalada por Bleuler. Estos forman parte de los trastornos del yo, ya que a pesar de su intento por remitirse únicamente a las manifestaciones clínicas, destacó que los síntomas especificados partían de una pérdida en los límites del yo o una excesiva permeabilidad del límite entre éste y el mundo exterior.

Según Sotolongo, Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora y Turró Mármol (2004), recientes investigaciones realizadas en Norteamérica y Europa demuestran que la esquizofrenia afecta la capacidad de concentración, la memoria verbal y la capacidad de aprendizaje, es por ello que la rehabilitación deba direccionarse hacia el entrenamiento de habilidades sociales, teniendo en cuenta el autoconcepto del sujeto ligado a su autoestima y autoimagen, relacionados con el déficit que produce la enfermedad en cuanto a lo vincular.

No obstante, Willick (2001), afirma la dificultad que han tenido varios autores a lo largo del proceso de construcción del concepto de esquizofrenia para otorgarle la importancia que le corresponde a los factores genéticos como causantes de esta enfermedad. Acorde con esa idea, el autor manifiesta que los psicólogos del yo ubicaban el origen de esta patología en la falta de límites yoicos y la regresión a estadios tempranos del desarrollo. Esto resultaba en un fallo en la construcción de las estructuras psíquicas durante la infancia. En relación a ello, el autor afirma que Bak (1954, 1971), situaba el origen de la enfermedad en una descatexis de la representación de objeto resultado de una defensa contra una agresión, durante los primeros años de vida. Este autor, al igual que Jacobson (1953, 1954, 1966), sostenían que desarrollo

del yo en su etapa temprana se encontraba considerablemente más alterado que en otras patologías que entendía eran de menor gravedad.

Por otra parte Willick (2001), plantea que Klein (1946) explica el surgimiento de la esquizofrenia a partir de un fallo en la resolución de la posición esquizo-paranoide presente naturalmente en el niño, sobretodo cuando éste cuenta con un gran impulso agresivo o ha sufrido grandes frustraciones. Indica además que Segal (1964), continuando con el aporte de Klein, sostuvo que era posible identificar y diagnosticar posiciones esquizoides durante la infancia temprana. Los autores posteriores a Klein, como Winnicott (1965), hicieron énfasis en que el fallo en la díada madre-hijo resultaba en una alteración en la resolución de la posición esquizo-paranoide del niño.

Willick (2001), explica que otras teorías orientadas hacia lo vincular, como la planteada por Sullivan (1956) y que centran sus premisas sobre el papel destructivo de los cuidadores, resultan extremas. Por último, plantea que para muchos autores resultaba razonable interpretar las manifestaciones sintomáticas de los pacientes con esquizofrenia como regresiones de la pulsión libidinal y de las funciones del yo, del superyó y las relaciones de objeto. Es por esto que sostenían que las dificultades en las etapas tempranas del desarrollo eran originarias de la esquizofrenia. Sin embargo, la existencia de síntomas o comportamientos regresivos no evidencian necesariamente un fallo del desarrollo, dado que se emplea el término regresión de una manera más descriptiva que etiológica.

Construcción del aparato psíquico en la esquizofrenia

Para explicar la formación y funcionamiento del aparato psíquico, Freud (1993), desarrolla su primer tópica en la que el aparato psíquico se compone de una parte consciente, una preconsciente y una inconsciente. A la primera la describe como la superficie del aparato psíquico, es la puerta para las percepciones sensoriales y para los sentimientos, es una instancia transitoria, ya que los elementos no permanecen conscientes durante un tiempo indeterminado, estos pueden volverse latentes, capaces de cierta conciencia. De este modo, para que un elemento pueda volverse preconsciente, mediante las representaciones verbales, debe ser una huella mnémica de un elemento percibido por la conciencia anteriormente. Aquellas representaciones que no son capaces de devenir conscientes, es debido a lo que Freud denomina la teoría de la represión, esta actúa como barrera en aquellos elementos que resultarían displacenteros si alcanzaran la conciencia, de modo que permanecen en un estado inconsciente.

En esta línea, más adelante Freud plantea la existencia de un yo en el aparato psíquico para el que resulta insuficiente la explicación dada por su primera tópica. Este yo ligado a la conciencia, responsable de la organización psíquica y de los elementos del exterior, contiene a su vez una parte inconsciente, de donde provienen los mecanismos represivos. Freud llama ello al yo inconsciente. De este modo el yo consciente parte del ello sumado a modificaciones producidas por la influencia del mundo exterior, intentando imponer el principio de realidad sobre el principio de placer propio del ello y utilizando su fuerza pulsional. El ello es una instancia que se presenta como amoral, más ligada a los aspectos inconscientes. El yo se encuentra sometido a tres angustias, estas son el mundo exterior, la libido del ello y la severidad del super-yo.

Freud continúa explicando que a partir de la primera identificación con el padre y la sublimación de esta es que nace una tercer instancia característica de su segunda tópica, el super-yo, conteniendo los residuos de las primeras identificaciones objetales. Esta instancia establece el deber ser y el no deber ser a partir de estos residuos, conectado con el Complejo de Edipo. La sublimación que sucede, resulta en una inclinación hacia la destrucción y agresión que es volcada sobre el yo.

Siguiendo esta explicación, el ideal del yo o super-yo, es además expresión de los impulsos del ello y actúa como conciencia moral o sentimiento de culpabilidad. Este sentimiento de culpa

deriva de la oposición entre la conciencia moral y las operaciones del yo, reflejo de los conflictos entre la realidad y el mundo psíquico.

Por otra parte, este autor señala que el síntoma es indicador de un proceso patológico, signo y sustituto de un instinto no satisfecho por acción del mecanismo de represión. Respecto al síntoma el yo se comporta de dos formas distintas, busca suprimirlo por se algo extraño, pero además intenta integrarlo a la vida anímica. Esto puede deberse a la ventaja secundaria que presenta el síntomas de la enfermedad, resultando esto en una dificultad para el análisis.

El embotamiento afectivo propio de la esquizofrenia tiene origen en la pérdida de interés por el mundo exterior. El delirio surge en aquellos lugares en los que se produce una continuidad entre ese mundo exterior y el yo, mientras que las alucinaciones son un intento de compensar esta pérdida de realidad y sustituirla con una nueva ayudada por las percepciones. (Freud, 1993)

Freud en sus desarrollos acerca de lo inconsciente y a partir de la comparación con la neurosis, establece que en la esquizofrenia, luego del proceso represivo, la libido que se sustrae del objeto original no busca ningún otro, sino que se retrae el yo. Es de este modo que se regresa a un estado narcisista, carente de objeto. Esta teoría da respuesta a la presentación clínica de la enfermedad.

En los inicios de la esquizofrenia, se observa una característica desorganización del lenguaje que lo hace ininteligible y que comúnmente hace referencia al cuerpo y sus órganos. Resulta característico que el paciente pueda brindar una explicación de sus palabras, a diferencia de la neurosis en la que es necesario buscar los aspectos que permanecen inconscientes para el análisis de los síntomas. Freud, compara el proceso al que se ven sometidas las palabras con el que se sucede en los sueños a partir de ideas latentes, las palabras quedan condensadas y se desplaza la carga libidinal de unas a otras. (1993)

Este autor continúa explicando que, el mecanismo de la formación sustitutiva es característica en la esquizofrenia, en la que la palabra presenta un marcado predominio sobre el objeto. La sustitución se realiza por el mero hecho de que ambos, el objeto y la palabra, encuentran como única característica en común su expresión verbal, a pesar de que las cosas expresadas no sean análogas. La carga libidinal queda impuesta en la representación verbal del objeto.

Freud describe el lenguaje hipocondríaco o de órgano y da explicación a los fenómenos psicóticos a partir de la teoría de la libido relacionada principalmente con el narcisismo y las fallas en la constitución yoica. Varios síntomas presentes en la esquizofrenia como los delirios de grandeza y la alteración del lenguaje especialmente relacionados al cuerpo, responden a que el sujeto ha retirado la libido del objeto y la ha colocado en el yo. (Prieto, 2006)

Freud (1993) explica el mecanismo del proceso represivo en la esquizofrenia. En este se intenta quitar la carga instintiva de los elementos que representan la idea inconsciente de objeto, esta fuga del yo provoca que, como intento de restablecimiento, la carga se deposite en la representación verbal del objeto, característico del cuadro esquizofrénico. Tanto el objeto como la representación verbal del mismo, forman parte de la representación consciente de objeto. Las cargas objetivas de objeto forman parte de la representación inconsciente.

Según Trostchansky (2004), comúnmente la psicosis se caracteriza por una fijación en estados libidinales tempranos, la sobrecatexis de las representaciones-palabra que resultan en trastornos del lenguaje y sobrecatexis en las representaciones de objeto que desembocan en las alucinaciones.

Prieto (2006), a partir de los aportes de Meltzer (1986), explica que para acceder a la realidad se debe retirar la carga libidinal del objeto real para que esta pueda desplazarse, esto es necesario para la comunicación, sin embargo en la esquizofrenia esto no es posible ya que esta carga continúa ligada al cuerpo. El yo para este autor, actúa como protector del psiquismo, funciona estableciendo un límite entre este y el mundo exterior y permite la individualidad, de modo que un exceso o una carencia en esta función provoca síntomas propios de la psicosis como el desapego o el síndrome de automatismo mental o la influencia.

Cabe destacar el aporte de Aulagnier (1975), quien establece un nuevo modelo de aparato psíquico centrado en la actividad de la representación, siendo esta una tarea común a todos los procesos psíquicos y que tiene la tarea de metabolizar los elementos heterogéneos que se le presenten. Estos elementos pueden ser los necesarios para el funcionamiento del sistema, o pueden ser aquellos que se le imponen.

A partir de este modelo, Aulagnier establece que la actividad de metabolización de estos elementos se realiza mediante tres procesos que se suceden uno a otro ante la necesidad de la psique de conocer. Estos procesos son el originario, el primario y el secundario. El proceso originario se produce cuando la psique del sujeto percibe que tanto su cuerpo como el de su madre son fuentes tanto de placer, como de displacer. En el estado de encuentro se percibe un

mundo heterogéneo que la psique intenta metabolizar, siempre que los elementos tengan representatividad.

Por otro lado, Aulagnier explica que en el proceso primario, la actividad psíquica reconoce la existencia de un espacio exterior y uno propio, como nueva propiedad de estos objetos fuente de placer y de displacer. Por último, cuando la psique reconoce significación o sentido es que sucede el proceso secundario. La relación entre los objetos del mundo exterior está dada por la relación entre los significantes que los discursos le otorga a cada elemento.

Durante la conformación del aparato psíquico, Aulagnier señala que se ejerce lo que llaman violencia primaria. Esta es la acción mediante la cual se le impone a una psique un elección, una acción o un pensamiento, esto se ve reflejado en la conducta de la madre hacia el hijo. Esta violencia primaria es necesaria para la constitución del yo en el niño, ya que le brinda un soporte identificatorio.

Cuando la violencia primaria se extiende y no le permite al yo acceder a la autonomía, sucede la violencia secundaria ejercida de un yo a otro. Esta autonomía es la característica a la cual tiende la vida psíquica y que está orientada hacia dos fines, el primero es la supervivencia del cuerpo, y el segundo, también orientado hacia el primero, es la persistencia de una carga libidinal que se imponga ante la pulsión de muerte.

A partir de esta violencia secundaria ejercida desde un yo hacia otro, pudiendo ser esto por medio de un discurso o un modelo instituido, es que se analiza el problema del poder. Un diagnóstico de psicosis en un sujeto provoca que este se encuentre inmerso en un poder y determinadas relaciones sociales que solamente accedería mediante este. El poder que se ejerce sobre el sujeto se traduce en violencia subjetiva hacia el mismo que se hace ver como necesaria a partir de la justificación de la esencialidad de la violencia primaria y que se ampara en la premisa de la restitución de la salud psíquica.

Retomando los aportes de Sullivan (1962), pero esta vez citados por García Cabeza (2008), se destaca un desplazamiento del interés de las terapias psicoanalíticas orientadas al tratamiento de la esquizofrenia, hacia la comunicación personal y los aspectos psicosociales. Esta enfermedad es tomada como un proceso humano en el que se le debe otorgar gran relevancia a los aspectos personales, como también a los sociales. Sullivan plantea la necesidad de evitar la ansiedad en los sujetos y apunta a la reconstrucción de las experiencias psicóticas como medio para obtener insight.

Criterios diagnósticos para la esquizofrenia

Los criterios diagnósticos especificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2001) y los establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10, 1998), no presentan mayores diferencias.

Según el DSM-IV-TR, la esquizofrenia se encuentra clasificada dentro de los trastornos del Eje I, conjunto a el trastorno depresivo, la demencia, la dependencia de sustancias, la fobia social, fobias específicas, hipocondrías, entre otros.

La esquizofrenia según este manual, forma parte de los trastornos psicóticos, haciendo referencia de este modo a la existencia de algunos síntomas como ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, que se presentan sin que el sujeto advierta su naturaleza patológica. Teniendo en cuenta otra definición más amplia, se incluyen los síntomas positivos de esta enfermedad, como son el comportamiento y el lenguaje desorganizados y los síntomas catatónicos.

Este manual especifica que para realizar un diagnóstico de esquizofrenia deben encontrarse presentes en el sujeto ciertos signos y síntomas, tanto positivos que reflejen que las funciones normales se manifiestan de forma excesiva o distorsionada, como negativos que indican una clara disminución o pérdida de las funciones normales. Estos deben presentarse durante un mes y durante seis meses deben manifestarse algunos signos del trastorno.

Siguiendo este criterio diagnóstico, la esquizofrenia se muestra a través de distintas disfunciones, tanto cognoscitivas como emocionales, que sumadas al deterioro social o laboral (cuando este no se debe a otra patología, una sustancia o una enfermedad médica) que el sujeto padece permiten su diagnóstico. Frecuentemente se encuentra alterado el proceso educativo como una de las principales áreas de actividad.

De igual modo, la CIE-10, caracteriza a la esquizofrenia por distorsiones de la percepción, del pensamiento y las emociones, conservándose generalmente las funciones cognitivas a pesar de que con el transcurso de la enfermedad puedan presentarse déficits en este aspecto. (1998)

Ambos destacan como principal síntoma a las alucinaciones, en especial las auditivas. La CIE-10 establece además que desde el comienzo de la enfermedad son frecuentes otros trastornos de la percepción como la perplejidad, acompañada habitualmente por la creencia de un

significado especial en las situaciones cotidianas que hacen referencia al sujeto y son por lo general siniestras.

Los manuales revelan también que el curso de la enfermedad puede no siempre ser crónico y deteriorante y que puede presentar un comienzo agudo o insidioso, con trastornos del comportamiento grave o con un desarrollo paulatino de ideas y conductas extrañas.

Cualquiera de los primeros cuatro síntomas descritos por la CIE-10 que se presente de forma persistente durante un mes o más, son suficientes para establecer el diagnóstico de esquizofrenia. Estos abarcan el eco, robo, inserción y/o difusión del pensamiento; las ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad referidas al propio cuerpo, pensamientos o acciones; las voces alucinatorias acerca de la actividad del sujeto, que discuten y pueden provenir de una parte específica del cuerpo; y las ideas delirantes persistentes que no son adecuadas al contexto cultural del sujeto o que es comprobable su falsedad.

De los siguientes síntomas que establece este manual, deben presentarse por lo menos dos durante un lapso mayor o igual a un mes. Estos son las alucinaciones que se presenten en cualquier modalidad y de forma persistente, acompañadas de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin un claro contenido afectivo o ideas sobrevaloradas; bloqueos en el curso del pensamiento que llevan a un lenguaje disgregado, incoherente o con neologismos; manifestaciones catatónicas; síntomas negativos como la apatía, el empobrecimiento del lenguaje, la falta de respuesta emocional o la incongruencia en la misma, aspectos que contribuyen al retraimiento social característico de esta patología; por último los cambios significativos en la conducta personal, como la falta de interés, de objetivos, la ociosidad, entre otros.

Al mismo tiempo, el DSM-IV (2001), clasifica de forma distinta los criterios para el diagnóstico y destaca de forma más marcada la diferencia entre los síntomas positivos y negativos, a pesar de compartir los síntomas descritos.

Establece cuatro criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia, el criterio A es basado en los cinco síntomas que la caracterizan (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y los síntomas negativos), el B se basa en la disfunción laboral o social, el C en la duración y el D en la exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

En cuanto a las ideas delirantes, estas provienen de una mala interpretación de las percepciones o creencias del sujeto, aún cuando resultan evidentemente erróneas. Comúnmente las

ideas delirantes tienen contenido persecutorio o autorreferencial. Se consideran de contenido extraño siempre y cuando se tenga en cuenta el contexto cultural y reflejen una clara pérdida de control por parte del sujeto de su cuerpo o mente, cuando esto sucede se satisface el criterio A.

Las alucinaciones pueden involucrar cualquiera de los cinco sentidos, pero la más común en la alucinación auditiva expresada generalmente en forma de voces conocidas o desconocidas y distintas a los pensamientos del propio sujeto. Algunos ejemplos compartidos con el CIE-10 (1998) son la percepción de dos o más voces conversando o voces que realizan comentarios a partir del comportamiento o pensamiento del sujeto, cuando las que están presentes son de este tipo, también son suficientes para satisfacer el criterio A del DSM-IV-TR (2001).

El pensamiento desorganizado se caracteriza por el descarrilamiento o la pérdida de asociaciones (“perder el hilo”), la tangencialidad en las respuestas que pueden tener o no relación con las preguntas que se le realicen. En algunos casos menos frecuentes, el lenguaje se encuentra desorganizado de forma tal que es incomprensible.

El comportamiento gravemente desorganizado puede estar representado de diversas formas, desde comportamientos infantiloides hasta agitación impredecible e inmotivada. Pueden encontrarse afectados los hábitos de higiene u otras actividades cotidianas, la forma de vestirse puede ser inadecuada así como su comportamiento sexual.

A su vez, como síntoma positivo se encuentran, también en ambos manuales, los comportamientos motores catatónicos que implican una baja reactividad al entorno, pudiendo variar desde el estupor catatónico representado en una falta de atención extrema, la rigidez catatónica de una postura rígida que se resiste a ser movida, o el negativismo catatónico cuando esta rigidez es activa, las posturas extrañas o inapropiadas, o una agitación motora excesiva sin que haya un estímulo que le corresponda.

Según el DSM-IV-TR (2001), los síntomas negativos son más difíciles de identificar ya que pueden desprenderse de los síntomas positivos o efectos secundarios de la medicación, depresión o falta de estimulación ambiental, es por esto que deben estar presentes durante un período considerable de tiempo a pesar de que se realicen esfuerzos para resolver las causas de los mismos. Estos síntomas comprenden al aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia. El primero es más corriente, y se caracteriza por la falta de expresión corporal y facial y la pobreza del contacto visual. La alogia se manifiesta por la pobreza en la fluidez y productividad del ha-

bla que refleja una aparente disminución en el pensamiento. Por último, la abulia es la incapacidad para comenzar y sostener actividades dirigidas a un fin.

Como síntomas asociados según este manual, pueden presentarse el afecto inapropiado, la anhedonia, el humor disfórico, alteraciones de las conductas basales como sueño y alimentación, alteración de la marcha u otras actividades psicomotoras, dificultades de atención y memoria, despersonalización y desrealización. Es frecuente también la presencia de fobias.

Cabe señalar que la falta de conciencia del sujeto acerca de la patología psicótica, además de ser una manifestación de esta enfermedad, produce dificultades para el cumplimiento terapéutico, predice posible recaídas, ingresos hospitalarios, dificultades en el funcionamiento psicosocial y por lo tanto un difícil curso de la enfermedad, teniendo en cuenta el índice de suicidio y de intentos de éste.

La CIE-10 (1998), indica la existencia de diferentes forma de evolución de la enfermedad, la forma continua, la episódica con defecto progresivo, episódica con defecto estable, episódica con remisiones completas, remisión completa, remisión incompleta, u otra forma.

Siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (2001), a esquizofrenia suele comenzar durante los últimos años de la segunda década del sujeto y la mitad de la cuarta, siendo menos común y de más difícil diagnóstico el inicio anterior la adolescencia. La incidencia es mayor en mujeres y presentan en general mejor pronóstico, aunque el inicio es comúnmente más temprano en los hombres.

Subtipos de esquizofrenia

El DSM-IV-TR (2001) identifica cinco subtipos de esquizofrenia que se definen según los síntomas predominantes aunque pueden presentarse manifestaciones de más de uno de ellos, de tipo paranoide, de tipo desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

La esquizofrenia de tipo paranoide se caracteriza por la prominencia de las alucinaciones auditivas o las ideas delirantes organizadas en base a una temática coherente, generalmente con contenido persecutorio, de grandeza o ambos. Estas ideas pueden ser causantes de una predisposición al suicidio o a la violencia en general. Suelen padecer ira, ansiedad, retraimiento, tendencia a discutir, falta de naturalidad o aire de superioridad. En general este tipo de esquizofrenia tiene inicio más tardío y sus características se presentan de forma estable. Estos

sujetos no se destacan por presentar deterioro cognoscitivo y suelen tener un mejor pronóstico en cuanto a la vida laboral e independencia.

El tipo desorganizado o hebefrénico de esquizofrenia se presenta a través del lenguaje y el comportamiento desorganizado, así como por una afectividad aplanada o inadecuada. El comportamiento de este tipo resulta en grandes dificultades para la realización de actividades de la vida cotidiana. En este caso sí se encuentra afectado el rendimiento. El inicio por lo general se da de forma temprana y ocurren remisiones importantes en el transcurso de la enfermedad.

Una notoria alteración psicomotora en el sujeto es señal de una esquizofrenia de tipo catatónica. Los movimientos realizados pueden variar entre una forma excesiva de este sin un motivo aparente, negativismo mediante el mantenimiento de una postura rígida a pesar de los esfuerzos por revertirla, hasta inmovilidad, movimientos voluntarios de posiciones extrañas o inapropiadas, repetición patológica de una frase o una palabra dicha por otro sujeto llamada ecolalia y ecopraxia como un movimiento repetitivo que imita el realizado por otra persona.

La esquizofrenia que se clasifica como indiferenciada es aquella que no cumple con los criterios de los tres tipos anteriores.

Por último, la residual es aquella en la que el sujeto tuvo al menos un episodio esquizofrénico pero que en general el momento no presenta síntomas positivos de la enfermedad o se presentan de forma muy atenuada, sin embargo los síntomas negativos están presentes. Este tipo puede ser producto de una transición entre un período que presentó los síntomas típicos y un período de remisión total, aunque puede extenderse durante un prolongado período de tiempo.

La CIE-10 (1998), diferencia además de estos subtipos de esquizofrenia, a la depresión postesquizofrénica y la esquizofrenia simple.

La depresión postesquizofrénica es un trastorno de tipo depresivo que puede presentarse de forma prolongada y surge luego de un trastorno esquizofrénico. Durante esta, pueden presentarse tantos síntomas positivos como negativos, siendo más comunes los últimos. El grado de depresión que presentan estos sujetos, si bien no se cumplen las pautas para el diagnóstico de depresión, se acompaña de un alto riesgo de suicidio. Estos rasgos deben haberse presentado durante al menos dos semanas.

La esquizofrenia simple es un trastorno poco frecuente, en el que el desarrollo incidioso pero progresivo, caracterizado por un comportamiento extravagante. En este caso el sujeto pre-

senta dificultades para satisfacer las demandas de la vida social y una disminución general del rendimiento.

Respecto a el tratamiento adecuado para pacientes con esquizofrenia, Tizón (2004) establece que es necesario tener en cuenta el momento clínico del paciente, es decir si este se encuentra en el primer episodio de la enfermedad, en un momento agudo, en una situación crónica o deficitaria, para evaluar qué técnica proporcionará mayores beneficios y elabora un protocolo en función de ello. Las técnicas que señala como fundamentales para el tratamiento específico de la esquizofrenia son la ayuda psicológica al grupo familiar con técnicas grupales, la ayuda de la red social para la contención, los psicofármacos también tienen gran importancia siempre que se prioricen los tratamientos psicológicos, el tratamiento psicológico individual de distinto tipo adaptado al sujeto, rehabilitación de los déficits neurocognitivos y por último, destaca la importancia de la existencia de espacios de elaboración sistemáticos y periódicos para los terapeutas.

Rehabilitación psicosocial

En primer lugar, resulta necesario destacar el concepto de rehabilitación. Éste, según Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011) y teniendo en cuenta el Consenso Intercentros del Uruguay de 2005, está dirigido a aquellos sujetos que presenten trastornos mentales severos de forma persistente, buscando mejorar su calidad de vida, la de su familia y la comunidad. Se enmarca en un modelo terapéutico integral, con un paradigma bio-psico-social, trabajando desde el contexto cultural y ambiental del paciente, implicando un encuentro entre su familia, su entorno y el equipo referente.

El tratamiento implica, siguiendo lo expuesto por estas autoras, que la persona tome conciencia de sus necesidades, interactuando con su familia y con el medio social, contando con el apoyo de un equipo técnico pertinente. Se prioriza el lugar del sujeto, su potencial y saber, para la contrucción de su propio camino.

Por último, puntualizan que el avance hacia la meta propuesta, implica reafirmar la autonomía del sujeto en base a sus capacidades y 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”. (Del Castillo, et al., 2011, p. 3)

La World Association of Psychosocial Rehabilitation (1997), establece que la rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita a los individuos con discapacidad mental, alcanzar su máximo nivel de funcionamiento dentro de la comunidad, es por esta razón que trabaja para una mejoría en la competencia individual y busca generar cambios en el entorno del sujeto. Abarca diferentes ámbitos del paciente, como el hospitalario, el laboral y el hogar, involucrando varios actores como los profesionales, la familia, los administradores de servicios comunitarios, entre otros.

Gonzáles Cases y Rodríguez González (2010), señalan a partir de la definición otorgada por Desviat (1995), que la rehabilitación psicosocial surge a partir de los años setenta en Estados Unidos con el objetivo de implementar técnicas que brinden herramientas que la persona logre la mejor calidad de vida posible. Está dirigida a pacientes crónicos que presenten deterioro en áreas necesarias para el adecuado desempeño social. Se busca aportar herramientas que faciliten a la persona desarrollar sus propias habilidades y poder actuar de forma autónoma.

Estos autores sostienen que las personas con un trastorno mental grave (TMG), como es el

caso de la psicosis, deben vivir insertados en la comunidad, por lo que se requieren competencias específicas para esto, ya que es diferente para el sujeto el desenvolverse dentro de una institución hospitalaria. A su vez, destaca que la rehabilitación psicosocial no busca eliminar síntomas, sino trabajar sobre las competencias de los sujetos y su entorno. Esta práctica ya ha demostrado ser eficaz y eficiente.

Se hace énfasis, al igual que en otros textos señalados, que el tratamiento únicamente farmacológico muestra insuficientes resultados en la recuperación de personas con TMG, por lo que es necesaria la implementación de intervenciones complementarias que resulten además en una adherencia del paciente al tratamiento con antipsicóticos, resultado que han arrojado estudios sobre la rehabilitación de este tipo.

Según Gabbard (2009), la medicación antipsicótica es efectiva para contrarrestar los síntomas positivos, a la vez que facilita otro tipo de intervenciones terapéuticas, pero no resulta tan efectiva a la hora de tratar los síntomas negativos y los problemas en las relaciones sociales, por lo tanto son necesarios los abordajes psicosociales. Destaca además, que es corriente que los pacientes afectados con esquizofrenia no cumplan con la medicación prescrita.

Otro aspecto a destacar cuando se administra medicación antipsicótica, es que para muchas personas la psicosis actúa como defensa que evita que éstos enfrenten las incertidumbres de las relaciones, de la situación laboral y el significado de su existencia. Su identidad puede encontrarse inmersa en la idea de que padece una enfermedad crónica. De este modo, cuando ocurre una remisión de sus síntomas, ocurre en general un proceso lastimoso relacionado con la pérdida y un gran desconcierto acerca de la identidad de sí cuando no se encuentra en un estado psicótico. (Gabbard, 2009)

A pesar de esto, el desarrollo y disponibilidad de recursos para prácticas psicosociales no han sido beneficiados debido a los avances de los enfoques biologicistas, enfoque que absorben en gran parte a lo referido a salud mental. (González Cases y Rodríguez González, 2010)

Cabe destacar que en el desarrollo de la esquizofrenia hay una importante incidencia de factores genéticos, pero también inciden los factores ambientales aunque no exista aún un consenso al respecto (Gabbard, 2002).

Gabbard señala respecto a la medicación y las intervenciones terapéuticas que, así como la

biología incide en la psicología, la psicología también influye en la biología provocando modificaciones. Hace énfasis en la importancia del significado de los síntomas aún cuando estos hayan sido generados biológicamente, siendo estos expresión de conflictos. “Las alucinaciones auditivas son generadas por alteraciones en los neurotransmisores de las personas con esquizofrenia, pero el contenido de las alucinaciones suelen tener significado específico basado en los conflictos psicodinámicos del paciente”. (2002, pp. 21-22)

Según este autor, no existe un tratamiento terapéutico específico para el trastorno esquizofrénico, sino que debe ser construido en función de las necesidades específicas de cada sujeto.

Siguiendo esta línea, González Cases y Rodríguez González (2010), plantean que considerando que el objetivo de la rehabilitación psicosocial es mejorar la autonomía del sujeto con psicosis, su calidad de vida y la integración en el medio, 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.

Estos autores, puntualizan además que en las psicosis es de gran importancia que la rehabilitación psicosocial esté acompañada de un conjunto de intervenciones que la potencien e intervengan sobre las diversas necesidades psicosociales del sujeto, de este modo, cuando las intervenciones se realizan de forma intercomunicada, es posible que las habilidades adquiridas en una de ellas pueda ser trabajada y reforzada en otra.

Ésta rehabilitación puede llevarse a cabo de forma grupal o individual, pudiendo ser complementarias. La elección se desprenderá de la evaluación acerca de la mejor forma de lograr los objetivos planteados, tanto del sujeto como del programa. Resulta importante destacar que se deben tener en cuenta los niveles de capacidad, de comprensión y de dificultades de las distintas personas cuando se busca trabajar de forma grupal.

Los síntomas presentes en la esquizofrenia y la evaluación generalmente negativa que realiza el propio sujeto de su situación, así como los obstáculos para procesar información, la ausencia de estrategias intelectuales y habilidades básicas, de trabajo en grupo y la anterior incorporación de reforzamientos de tipo negativo, son particularidades que se deben tener en cuenta para este tipo de rehabilitación.

Es así que los autores especifican una serie de estrategias que suelen resultar adecuadas

en estos casos. La repetición de una práctica acerca de una habilidad que el paciente deba realizar resulta efectiva para su aprendizaje, si el sujeto presenta un alto grado de deterioro es aconsejable realizar el aprendizaje de forma gradual. Resulta indispensable el trabajo individual en personas con esquizofrenia, aún cuando se realice de forma grupal, se deben tener en cuenta los objetivos intereses y capacidades de cada integrante.

Baldor, Jerez, Rullas y Gonzáles (2008), destacan que el comienzo de este tipo de rehabilitación luego del primer brote de la enfermedad, provee mejores resultados para el paciente ya que no presenta un deterioro avanzado de sus facultades. Se basan en el concepto de "período crítico" desarrollado por Birchwood y otros durante el 2008, que comprende un período de dos o tres años luego del primer brote, lapso durante el cual existe gran sensibilidad a las influencias biológicas, psicológicas y sociales.

Baldor et al., especifican además, que la recuperación se ve favorecida cuando el sujeto cuenta con redes de sostén social, un entorno seguro y estructurado, una vida estable y un mayor conocimiento de lo sucedido en cuanto a su enfermedad, así como tener metas, objetivos y expectativas realistas.

Los objetivos de la rehabilitación tras el primer brote buscan promover una mejor adaptación, la recuperación psicológica, social y de las funciones que comenzaron a debilitarse. Estos son enumerados por los autores de la siguiente forma:

- a) disminuir la discapacidad a largo plazo; b) minimizar el impacto de la psicosis en los roles que el usuario venía ejerciendo o, en su caso, recuperación de dichos roles; c) mejorar la actitud ante el tratamiento; d) disminuir el estrés y el impacto que supone la experiencia del primer episodio psicótico y los primeros contactos con los servicios psiquiátricos; e) remisión de los síntomas positivos persistentes y de los síntomas negativos; f) promover la sensación de control sobre las consecuencias de la enfermedad a través de la mejora de los recursos para afrontar situaciones estresantes; g) proteger la autoestima y separar el "yo" o el sentido de identidad del proceso psicótico; h) disminuir la percepción de amenaza sobre las perspectivas futuras tanto sociales como educativo/laborales; i) aumentar el conocimiento de todo lo relacionado con la enfermedad y prevenir recaídas; j) evitar la ruptura de relaciones sociales y, en su caso, facilitar el establecimiento de otras nuevas; k) apoyar a la familia (Baldor et al., 2008, p. 436)

Retomando los aportes de Gabbard (2009), la intervención psicosocial de la terapia personal descrita por Hogarty y otros (1991), es desarrollada específicamente para un trastorno y para un paciente en particular y ha sido rigurosamente probada en la esquizofrenia. Este tipo de intervención considera que el estrés juega un papel importante en la exacerbación de síntomas. Se considera adecuada la terapia personal cuando el sujeto ha alcanzado cierta estabilidad en sus síntomas y permanencia residencial.

Este abordaje está conformado por fases, la primer fase que se da durante los primeros meses luego del alta hospitalario, se centra en estabilizar los síntomas, reforzar la alianza terapéutica debido a la falta de insight del paciente y proveer psicoeducación básica. La siguiente fase se basa en que el paciente identifique las señales afectivas que se relacionan con los estresores. Esta fase puede incluir también el entrenamiento de habilidades sociales. Por último, en la tercer instancia se procura aportar herramientas para la introspección, la resolución de conflictos y el manejo de la crítica.

Programas de rehabilitación psicosocial

Dadas las similitudes encontradas en las distintas fuentes consultadas respecto a los programas de rehabilitación psicosocial, se tendrán en cuenta los cinco tipos de programas presentados por González Cases y Rodríguez González (2010).

Estos programas que comprenden el proceso de rehabilitación social son de entrenamiento de habilidades sociales, psicoeducación y prevención de recaídas, autocontrol y manejo de la ansiedad, rehabilitación cognitiva y por último las intervenciones familiares.

Entrenamiento de habilidades sociales

González Cases y Rodríguez González (2010), explican que a consecuencia del cuadro psicótico, se produce una pérdida de la red social, así como un déficit en las competencias y las habilidades sociales y este aislamiento en el que se encuentra el sujeto produce mayor probabilidades de recaídas.

Los programas de habilidades sociales parten de la premisa de que las competencias requeridas para un buen funcionamiento social pueden ser aprendidas y que la disfunción social sucede cuando las conductas requeridas no están disponibles en el repertorio del sujeto, no son utilizadas en el momento adecuado, o las conductas que ejecuta son socialmente inadecuadas.

El entrenamiento debe adecuarse a los distintos déficits que presente el sujeto, por ejemplo repertorios de lenguaje verbal, no verbal y para-verbal, recepción y percepción social, conversación, habilidades asertivas, expresión de emociones y actividades que permitan mejorar la cotidianidad como el uso de recursos comunitarios, obtención de empleo, etc.

Frecuentemente, los programas de entrenamiento de habilidades sociales, se desarrollan en un formato grupal, una o dos veces por semana, utilizando tanto los espacios destinados específicamente para ello, como también los espacios naturales en los que se ponen en práctica las conductas. La duración debe ser de al menos seis meses.

Abelleira y Touriño (2010), citando a Liberman (1986; 1987), describe los distintos módulos que han sido desarrollados para la rehabilitación psicosocial. Estos incluyen a las familias como colaboradores del tratamiento, habilidades de ocio y recreativas, habilidades básicas de comunicación, relaciones de amistad y de pareja, habilidades básicas para el trabajo, manejo

de la medicación, manejo de síntomas, manejo del abuso de sustancias y la reincorporación a la comunidad.

Psicoeducación y prevención de recaídas

Continuando los desarrollos de Abelleira y Touriño (2010), estos plantean que el conocimiento que tenga el paciente acerca de su salud es decisivo respecto al curso y pronóstico de la misma y posibilita el desarrollo de habilidades específicas que colaboren con la adherencia al tratamiento y por lo tanto a la prevención de recaídas. Se debe tener en cuenta además que el desconocimiento del propio estado de salud, supone un factor de estrés importante para el mismo.

La psicoeducación favorece además la aceptación del tratamiento farmacológico, psicosocial y la aceptación de apoyo.

Abelleira y Touriño, explican la necesidad de la psicoeducación a partir de la consideración de que una persona que no se reconoce enferma, difícilmente se adhiera a un tratamiento farmacológico o de otro tipo, por lo que la conciencia de enfermedad o insight adquiere gran relevancia en el proceso de intervención. A su vez, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un factor decisivo en las recaídas. Es por estos motivos que los autores sostienen que es necesario brindar información clara y actualizada acerca de la patología, buscar generar la mayor autonomía posible y promover una buena relación entre el equipo asistencial y el paciente.

Para estos autores, los principales factores que inciden en la adherencia al tratamiento son los relacionados al paciente y su enfermedad, los relacionados con el tratamiento recomendado, con el sistema sanitario y también los factores relacionados con el apoyo de la familia y la estigmatización por parte de la sociedad.

Autocontrol y manejo de la ansiedad

La ansiedad se presenta en la psicosis como un factor que dificulta la interacción social y el contacto con redes de apoyo. A su vez los factores estresantes al desbordar la capacidad de afrontamiento del sujeto, pueden provocar recaídas. Es por estas razones que el programa busca generar en el sujeto la capacidad de reconocer y manejar de forma competente aquellas

situaciones que le producen ansiedad, mediante información y técnicas de control de la activación fisiológica como la respiración y la relajación muscular, mejorar el autoestima y afrontar pensamientos negativos. (González Cases y Rodríguez González, 2010)

Se considera de gran relevancia para la rehabilitación, que las personas con esquizofrenia desarrollen las estrategias necesarias para enfrentarse a problemas cotidianos y señala que se encuadra en el marco teórico cognitivo-conductual a través de diferentes técnicas y estrategias para lograr una disminución de las manifestaciones de los síntomas positivos, esto conlleva una mejora de la autoestima y mayor grado de autocontrol. (Abelleira y Touriño, 2010)

Luego explica que se busca que el sujeto encuentre dentro de sus posibilidades actuar de forma efectiva para sentirse mejor, mejorando su percepción y autoeficacia o competencia. “Es el sentimiento de autoeficacia a la hora de enfrentarse a una situación potencialmente estresante, cuando el sujeto evalúa sus recursos para hacer frente a esa situación que le impacta”. (Abelleira y Touriño, 2010, p. 173)

Rehabilitación cognitiva

González Cases y Rodríguez González (2010), establecen que la rehabilitación cognitiva es parte importante del proceso de rehabilitación psicosocial en una persona afectada por psicosis, ya que en esta área se presentan grandes dificultades en un alto porcentaje de estos sujetos, siendo además un factor decisivo en el pronóstico del paciente y que presenta influencia sobre las habilidades o competencias que se buscan desarrollar en el ámbito social.

Los objetivos de este tipo de intervenciones se basan en recuperar las funciones cognitivas que se fueron deteriorando, preservar y optimizar las que aún se encuentran en funcionamiento y compensar aquellas que se perdieron. Para que pueda realizarse una evaluación detallada del paciente y una correcta intervención, es necesario considerar que esta se desarrolle en un formato individual, aunque bajo algunas circunstancias es posible el trabajo grupal.

Según la propuesta de estos autores, se hace hincapié en los siguientes contenidos: atención, memoria, funciones ejecutivas y cognición social.

Intervenciones familiares

Según Gaspari (2000), se observa en las obras de Freud, a partir de 1917, a la familia como un obstáculo que se presenta ante los tratamientos psicoanalíticos pensados para el trabajo individual. A pesar de esto, explica que no es recomendable que el analista aisle al sujeto del grupo familiar. Es necesario destacar que esta observación debe ser contextualizada en una época en la que la concepción de enfermedad se vinculaba estrictamente al ámbito individual.

Luego, hacia los años cuarenta, cuando ya se concebía la idea de grupo y la posibilidad de una enfermedad de grupo, surgen interrogantes acerca de la estructura de los fenómenos familiares. Esto abre paso a la familia como objeto teórico, esta ya no es solamente acompañante del paciente, sino un entramado capaz de generar padecimiento.

Pichón Rivière, durante la entrevista realizada por Zito Lema (2001), señala que lo que subyace a la enfermedad es una situación de conflicto y que esta enfermedad surge como un intento de resolución que resulta fallido. Esta situación de conflicto surge entre el individuo y la sociedad, dentro de la cual se encuadra la familia como estructura social básica que se encuentra en todas las comunidades. Ésta es el núcleo de toda estructura social, es el individuo quién integra dinámicamente a la familia y la sociedad. Los conflictos sociales impactan en el grupo familiar, de modo que la enfermedad mental se interpreta como un conflicto del grupo familiar en su conjunto y no únicamente del sujeto, quien actúa de portavoz.

Esta línea de pensamiento supone que el conflicto del grupo familiar parte de la falta de comunicación entre sus integrantes o de una comunicación que se estereotipa de forma desviada en un momento particular del desarrollo familiar, constituyéndose así un obstáculo.

A partir de esta concepción, se destaca que al modificar la familia, se producen cambios tanto en la sociedad como en el individuo, del mismo modo que al generar cambios en el individuo se producen también en las otras dos.

Estas ideas expuestas por Pichón Rivière, se presentan como un fundamento que resalta la importancia del trabajo con las familias de aquellos sujetos que presentan un trastorno mental grave como la esquizofrenia.

En lo referido al aspecto transgeneracional, Losso y Packciarz (2007), explican que para determinados síntomas presentados por los pacientes, es necesario considerar al sujeto como parte de una cadena en la que influyen las generaciones que lo anteceden, además de su

historia personal. De aquí se desprende la necesidad de contar dentro del campo terapéutico con la presencia de dos o más generaciones.

Estos autores, destacan que ya Freud entre 1910 y 1917, había señalado en varias oportunidades la influencia que presentan las generaciones anteriores en un sujeto determinado. Según lo que Freud presentó, los sujetos están ligados a los deseos de sus padres, que a la vez contienen representaciones de generaciones anteriores, así como también fantasías heredadas consecuencia de la experiencia cultural. El individuo se encuentra entonces encadenado tanto a las generaciones que lo precedieron, como a sus contemporáneos. Por último, el sujeto se encuentra gobernado además no solamente por su propio inconsciente, sino también por el inconsciente de otros.

De modo similar, Losso y Packciarz, expresan que Pichón Rivière (1962-1965), evidencia que el individuo se encuentra en un entrecruzamiento de una rama vertical o transgeneracional y una rama horizontal o cadena de contemporáneos.

Piera Aulagnier durante 1975 indica que debido a la necesidad del sujeto de continuar su linaje, inviste narcisísticamente al nuevo miembro de la familia, de modo que le otorga un lugar social, valores e ideales, formas de interpretar la realidad. (Losso y Packciarz, 2007)

A propósito de la transmisión generacional, Kaës (1993b), citado también por Losso y Packciarz, revela la existencia de tres modos de transmisión.

La primera refiere a la transmisión intrapsíquica estudiada anteriormente por Freud, en la que los contenidos de la psique se transmiten desde lo inconsciente a lo preconscious o consciente.

La segunda, detalla la transmisión interpsíquica o intersubjetiva que se engendra dentro del grupo familiar. Esta transmisión se presenta como estimulante del desarrollo mediante el trabajo psíquico de cada uno de los integrantes de la familia. Los contenidos relacionados con las investiduras narcisistas, valores, modalidades defensivas, experiencias de separación, se incorporan al psiquismo de la nueva generación mediante un proceso de elaboración transgeneracional. A través de los vínculos intersubjetivos, se produce un espacio psíquico entre estos sujetos y las identificaciones.

El tercer y último modo refiere a la transmisión transpsíquica. Esta se forma mediante la influencia directa de otros psiquismos provenientes además de otras generaciones. En este caso no se realiza la transformación de estos elementos en propios, no es posible introyectarlos, es una transmisión repetitiva que en consecuencia implica violencia.

Desde el enfoque de la psicología vincular, Losso y Packciarz, aclaran que esta repetición transgeneracional evidencia situaciones traumáticas que no pudieron ser elaboradas, por lo que se repiten en las generaciones posteriores los fenómenos relacionados a estas situaciones. Es así como se encuentran involucrados varios sujetos. A pesar de ello, en todo intento fallido de elaboración por parte de una generación nueva, se presentan elementos distintos.

García Badaracco (1989), citado por Pryor (2010), señala que la psicoterapia familiar ha arribado a la conclusión de que la patología es compartida de distintas formas por todo el grupo familiar, de este modo de que esta patología puede visualizarse en la estructura familiar. Señala a su vez que para comprender estos fenómenos, es necesario realizar una revisión de tres generaciones familiares, ya que las alteraciones patológicas individuales son las que producen los trastornos en la relación entre padres e hijos. Culmina esta idea destacando que la inmadurez psicológica se transmite a través de la convivencia y se potencia en el transcurso de las generaciones.

Respecto al rol de la familia en el proceso terapéutico, Pryor continúa con las ideas expuestas por García Badaracco y explica que la importancia de la participación de esta radica en la posibilidad de realizar experiencias emocionales que corrijan las relaciones objetales primitivas que provocaron distorsión. Esto se realiza mediante una confrontación entre las experiencias conflictivas infantiles del sujeto y los objetos reales de su historia familiar.

Otro aporte significativo para las intervenciones familiares es el método del Psicoanálisis Multifamiliar desarrollado también por García Badaracco. La Asociación Psicoanalítica Argentina (2014), lo explica como un modelo que permite la comprensión y la resolución de conflictos mediante un dispositivo de trabajo que incluye al paciente, a su familia y a los terapeutas dentro de un determinado contexto social conformado por grupos grandes multifamiliares. Esto genera un clima de seguridad que facilita la expresión dentro de un grupo comparable a la sociedad.

Pryor toma en cuenta los aportes de Mitre respecto a lo que significa un brote psicótico en la experiencia del sujeto y la importancia de los vínculos en este.

En la psiquiatría clásica y en el psicoanálisis en general, se teme que se produzca un brote psicótico, ya que se considera que produce un deterioro, pero si ese brote se da en un contexto de la mayor seguridad posible, el paciente podrá encontrar elementos positivos que justamente eviten ese deterioro. Para García Badaracco el brote psicótico sería la condensación de vivencias de situaciones traumáticas en las que una persona nunca tuvo a nadie con quien contar, ni hablar, de modo que el brote seguramente esté encubriendo un pedido de ayuda genuino para que alguien rescate ese Yo indefenso e inmaduro que quedó detenido en su desarrollo. El objetivo buscado entonces, es volver a

contar con la persona con la que no se pudo contar (Mitre, 2007, p. 222 y 223). (2010, p.28)

La psicoeducación en el ámbito familiar busca mejorar las competencias de esta durante el proceso de rehabilitación, así como también fomentar su implicación en la misma. También se interviene teniendo en cuenta la necesidad de la familia de disminuir la carga emocional y el estigma, aumentando la sensación de control y mejorando la calidad de vida. Estos aspectos son considerados a partir de que los procesos de reforma en el ámbito de la psiquiatría han derivado en una mayor cantidad de sujetos que sufren de psicosis conviviendo con sus familiares, por lo tanto es necesario que cuenten con la información y apoyo para poder brindar los cuidados necesarios. (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Becerra (2008), profundiza en el concepto de Emoción Expresada (EE), puntualizando que el interés sobre los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y sobre los factores que inciden en su recuperación o recaída, fue resultado de estudios que evidenciaban que aquellos pacientes con esquizofrenia que eran dados de alta y convivían con sus familias o cónyuges, obtuvieron peores resultados que aquellos que vivían solos.

El autor destaca que actualmente la EE refiere a la comunicación de los familiares del paciente con éste, y que estar caracterizado por todas o alguna de las dimensiones que se detallan a continuación.

La primer dimensión determinada por Becerra corresponde al criticismo y comprende todos aquellos comentarios que los familiares del paciente le realizan a este y que contienen una evaluación negativa de la conducta del sujeto.

La hostilidad, revela un comentario crítico pero con un contenido más extremo y generalizado. Evidencia mas una evaluación negativa o rechazo realizados directamente hacia el sujeto, que hacia su conducta.

Por el contrario, una sobreimplicación emocional, indica una respuesta emocional exagerada por parte de la familia. Puede incluir también intentos de sobreprotección hacia el paciente y evidencia sentimientos de desesperanza, autosacrificio o coste emocional que experiencia la familia por la enfermedad, y de sobreprotección o excesiva permisividad y compasión hacia el sujeto.

Contrastando con estas dimensiones, se encuentran el calor, que señala empatía, afecto e interés por el paciente y los comentarios positivos como expresiones de aprobación referidas a este o su conducta.

Considerando estos aspectos, es que Becerra destaca a la EE como un predictor social confiable para las recaídas en esta patología. Es por esto que resulta de gran importancia para el proceso de rehabilitación, reducir el nivel de EE en el grupo familiar y buscar generar mejoras en el clima familiar. Asimismo, enfatiza la necesidad de facilitarle a la familia información acerca de la enfermedad.

Baldor, et al. (2008), explican que la necesidad de apoyo de la familia, va variando durante el transcurso de la enfermedad. Resulta necesario trabajar sobre el funcionamiento adaptativo de las familias y disminuir el impacto del episodio psicótico en la cotidianidad de la familia, así como disminuir las posibilidades de que desarrolle altos niveles de estrés a largo plazo.

Resulta de gran relevancia que la familia establezca expectativas y objetivos realistas, que interactúen de forma adecuada con el paciente y que sean capaces de establecer un entorno estructurado para el mismo. Otro recurso que destacan es la posibilidad de contactarlos con otras familias que estén cursando procesos similares para que encuentren allí apoyo emocional y no se produzca un asilamiento.

Abelleira y Touriño (2010) establecen que, el apoyo familiar y la adherencia tienen que ver además con que un familiar supervise la medicación. La aceptación y conocimiento de la enfermedad y la valoración del tratamiento como necesario por parte de la familia va a facilitar que el paciente acepte la medicación. Por el contrario las actitudes de rechazo o desconfianza y malentendidos sobre la naturaleza de la enfermedad provocarán que el paciente la abandone. Es necesario apoyo emocional y social adecuado con el incumplimiento.

El logro de los objetivos planteados por los programas de rehabilitación psicosocial depende entonces no solamente de la adquisición de habilidades por parte del sujeto, sino también por la necesidad de que estas puedan ser extendidas a su medio cotidiano. Es en ese momento también en que la familia adquiere un rol importante para la reinserción del paciente en la comunidad. (Perez, 2009).

A modo de síntesis, se destaca que la rehabilitación psicosocial es un modelo terapéutico que se apoya en un paradigma bio-psico-social, cuyo objetivo es que aquellas personas que padecen un TMG de forma crónica como la esquizofrenia, alcancen su máximo nivel de funcionamiento dentro de la comunidad. Para lograrlo, es necesario aportar al sujeto herramientas adecuadas que le permitan desarrollar sus habilidades y su autonomía.

Según Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011), que las instituciones creadas para el asilo de sujetos que padecen enfermedades mentales fueron expresión del aislamiento histórico que las sociedades han generado hacia lo que resulta diferente y que el concepto de salud-enfermedad ha ido variando conjunto a los tratamientos indicados para potenciar la salud.

Más adelante, estos autores señalan que en Uruguay, durante los últimos veinticinco años, se ha desarrollado un proceso de desinstitucionalización de los sujetos con trastornos mentales graves. Expresión de esto es el Plan Nacional de Salud Mental de 1986, la descentralización de los servicios de salud, la creación de la Red de Salud Mental y la mejora en los tratamientos con psicofármacos. Esto permitió que se profundizara en los abordajes psicosociales. La rehabilitación psicosocial se convierte entonces, en un modelo que permite que el sujeto afectado por una patología severa pueda prepararse para la reinserción en la comunidad, mediante el trabajo sobre su potencial.

Del Castillo, et al., (2011), teniendo de referencia el Informe sobre Salud en el Mundo realizado por la OMS durante 2001, puntualizan que la esquizofrenia constituye la séptima causa de discapacidad que afecta a los sujetos a lo largo de la vida. Cabe destacar a su vez, que el comienzo temprano de este trastorno produce consecuencias importantes sobre la integración social y el futuro profesional. De este modo resulta imprescindible para la rehabilitación de estos sujetos, considerar los ámbitos en los que éste se debe desarrollar y trabajar sobre las habilidades que pondrán en práctica.

Retomando los aportes de Pichón Rivière, se remarca que la familia es una estructura social básica, en la que la enfermedad como situación de conflicto es considerada como una enfermedad del grupo familiar en su conjunto, de la cual el paciente es el portavoz. De este modo, es posible afirmar que los cambios producidos en la familia, repercuten en el individuo y en la sociedad. (Zito Lema, 2001)

Es a partir de esto y de los demás aportes presentados, que se establece que el trabajo

conjunto con el grupo familiar y el paciente, genera mejores resultados para la rehabilitación psicosocial del mismo, en donde el proceso terapéutico se realiza a través de la articulación entre el paciente, su familia, el medio y el equipo técnico pertinente.

Referencias bibliográficas

- Abelleira, C. y Touriño, R. (2010). Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. En J. Fernández, R. Touriño, N. Benítez y C. Abelleira. (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. FEARP*. Valladolid. ISBN: 978-84-614-1605-9. (pp. 97-111). Recuperado de https://www.aen.es/docs/Libro_Evaluacion_FEARP.pdf
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2001). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: MASSON S.A.
- 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.
- Baldor, I., Jerez, M., Rullas, M., Gonzáles, J. (2008). Sobre la oportunidad de rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXVIII, No. 102. (pp. 433-449). ISSN 0211-5735. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000200014&script=sci_arttext
- Becerra, J. (2008). *El constructo emoción expresada en la esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1053/3/El-constructo-emocion-expresada-en-la-esquizofrenia>
- Del Castillo, R., Villar, M., Dogmanas, D. (2011). *Hacia una Rehabilitación Psicosocial*

Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, No. 4. (pp. 83 -96).

ISSN: 1688-7026. Recuperado de

<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

- Freud, S. (1980). Lo inconsciente. *Obras completas. Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1993). El yo y el ello. En J. De Jódar (Ed.), *Grandes Obras del Pensamiento. Tomo1. Sigmund Freud. Los textos fundamentales del psicoanálisis*. (Trad. L. López, R. Rey y G. Dessal). Barcelona: Atalaya S.A. (pp.547-598)
- Gabbard, G. (2009). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Ed. Panamericana.
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, Vol. 28, No. 1*. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100002&lng=es&nrm=iso
- Gaspari, R. (2000). La familia: un nudo problemático del psicoanálisis. En Berenstein, I. (Comp.). *Clínica familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. (pp. 19-49). 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. Vol. 21, No. 3. (pp. 319-332)*. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1806/180615360009.pdf&sa=U&ei=tZIGU76qLpTr0QHqt4CwCw&ved=0CCAQFjAA&sig2=W8_uxWFQELvG6SOWyKT4gA&usg=AFQjCNFJm-5VeQl5YgzpiAOXWssj_hFoTQ

- Losso, R. Y Packciarz, A. (2007). Repetición transgeneracional. Elaboración transgeneracional. La fantasía inconsciente compartida familiar de elaboración transgeneracional. En Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia. *La Famille et ses ancêtres. No. 2007/1. Revue internationale de psychanalyse du couple et de la famille.* (pp. 60-70) .Recuperado de http://www.aipcf.net/web/doc/2007-1-Francais_2009415102144_2010122010229.pdf&sa=U&ei=0Dy8U5bDHuFL8wG0_oAI&ved=0CBQQFjAA&sig2=2mRORnpbrwhmtl8wRD7Hwg&usq=AFQjCNFCjYdxIJda_xKxyiEd-s-YcUfPZA
- Novella, E. Y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud, Vol. 21, No. 3.* (pp. 205-219). ISSN 1130-5274. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 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).* Diponible en www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf
- 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. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología. Santiago. Recuperada de http://www.researchgate.net/publication/220025585_Tesis_Funcionamiento_Psicosocial_de_personas_con_esquizofrenia/file/8d1c84f41442226a33.pdf&sa=U&ei=EZpGU8SPKNOP0gHOIIGIBg&ved=0CB4QFjAA&sig2=QfCG-vlnru50kKhbX0Wqaw&usg=AFQjCNFGGeG62clHrDjKK-XsWvIRbTJnsw

- Prieto Loureiro, G. (2006). Lenguaje y cuerpo en la esquizofrenia. *Revista Itineraria*. Año 2, No. 5. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista/%20anterior/Lenguajeycuerpoenlaesquizofrenia.htm>
- Pryor, C. (2010). *Psicoanálisis Multifamiliar en el proceso terapéutico del paciente psicótico. Propuesta del Dr. Jorge García Badaracco. Las tesis de Belgrano*. Facultad de Humanidades, Licenciatura en Psicología. Universidad de Belgrano. Buenos Aires. Recuperado de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/427_Pryor.pdf&sa=U&ei=UsehU_yEB5LJsQSwjLgBg&ved=0CCAQFjAC&sig2=muW3xM0s7ZJM1gzo63uJYg&usg=AFQjCNEg-mhKm72i1B7z7-ol3aCe9jW6rQ
- Rodríguez, P. (2010). Un acercamiento a la Esquizofrenia y a la Psicosis. *Clínica y Salud*. Vol. 21, No. 3. (pp. 201-203). ISSN: 1130-5274. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360001>
- Sotolongo, Y., Menéndez, J., Valdés Mier, M., Campos Zamora, M., Turró Mármol. (2004). Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud. *Rev Cub Med Mil*, Vol.33, No.2. Ciudad de La Habana. ISSN1561-3046. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200008&lng=es

- Tizón, J. (2004c). Terapias combinadas en la equizofrenia; ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(90): 97-131. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon_2004_Terapias%20combinadas%20en%20la%20EQF.pdf
- Trostchansky, R. (2004). La Panorama estructural de la Esquizofrenia. *Revista Itinerario*. Año 1, No. 2. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Panoramaestructuraldelaesquizofrenia.htm>
- Willick, M. (2001). Psicoanálisis y esquizofrenia. Una historia con moraleja. *Aperturas psicoanalíticas*. *Revista internacional de psicoanálisis*. No. 009. (Trad. R. Gautier Roques) Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000182&a=Psicoanálisis-y-esquizofrenia-Una-historia-con-moraleja>
- World Association of Psychosocial Rehabilitation & World Health Organization. (1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO . *Boletín de la AMRP* No. 6. (Trad. R. Guinea). Recuperado de http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf
- Zito Lema, V. (2001). *Conversaciones con Enrique Pichón Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco. Recuperado de <http://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/zito-lema-vicente-conversaciones-con-enrique-pichon-riviere-sobre-arte-y-la-locura.pdf&sa=U&ei=JqGhU6TKEaKysAS77IGwCg&ved=0CBQQFjAA&sig2=E-1or3ihUkMqBm1VHCofLA&usq=AFQjCNExt9EbkcCeKVwl8SgK3qn4QZwf-w>

