

**ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE UN GRUPO TERAPÉUTICO DE ORIENTACIÓN
PSICOANALÍTICA, EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA QUE
CURSAN UN PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN UN CENTRO DEL
INTERIOR DEL URUGUAY.**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL
URUGUAY**

LAURA DE LOS SANTOS BALCELLS

DIRECTORA ACADÉMICA Y DE TESIS PROF. AGDA. SUSANA MARTÍNEZ

AGOSTO, 2015.

Agradecimientos

A todos las personas usuarias del grupo terapéutico del Centro de Rehabilitación Psicosocial donde se llevó adelante este estudio, que generosamente consintieron y alentaron su realización.

A la enseñanza para la vida que estas personas dan día a día, más allá de su padecimiento, la cual es que con muy poco se puede hacer mucho más.

A Gabriel, Anaclara, Isabela y Juan Ignacio.

Resumen

El estudio se centra en el análisis del material obtenido en un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica con pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Dicho grupo se encuentra enmarcado dentro de un proceso de rehabilitación psicosocial en un Centro del interior del Uruguay.

El lapso en el que se enfoca el estudio es de un año y medio de proceso psicoterapéutico dentro de dicho grupo, período en el cual se mantiene estable la cantidad de pacientes que participan en el mismo. Se realiza el estudio para analizar la incidencia del grupo terapéutico dentro del proceso de rehabilitación psicosocial de estos pacientes, para conocer la valoración que ellos hacen de ese espacio y para reconocer las perspectivas de implementar este tipo de dispositivos en los programas de rehabilitación psicosocial.

Se trata de un diseño de investigación cualitativa de tipo descriptivo, que utiliza como unidades de análisis: las sesiones del inicio, de mediados y de finales de ese año y medio del grupo terapéutico; las entrevistas individuales a los participantes del grupo en ese período; y la Escala de Evaluación de Actividad Global del DSM-IV (1995) también aplicada a cada integrante del grupo al finalizar ese lapso.

Los resultados obtenidos tras el análisis de los datos no dan explicaciones de causa-efecto, ni arriban a generalizaciones, sino que describen la incidencia de un fenómeno complejo en una realidad particular y específica. Las conclusiones de este estudio pretenden ser una referencia posible para otras investigaciones sobre la temática y un comienzo para la sistematización de las evaluaciones que se realicen sobre las prestaciones de servicios en salud mental en el Uruguay.

Las conclusiones a las que arriba el estudio dan cuenta de la valoración positiva que los pacientes hacen del grupo terapéutico como espacio para poder expresar sus vivencias internas y sus pensamientos, para poder interactuar con otros que se encuentran en igual situación y para posibilitar el pensar sobre proyectos personales posibles y realistas sin temor de sentirse excluidos. Los pacientes que integraron el grupo terapéutico alcanzaron mayoritariamente un nivel medio de actividad global en las áreas social, laboral y educativa, y una estabilidad sintomática que los mantuvo comprometidos con su tratamiento integral, sin internaciones ni recaídas.

Abstract

The present study focuses on the analysis of material obtained in psychoanalytically oriented group therapy with patients diagnosed with schizophrenia. This group is framed within a process of psychosocial rehabilitation in a Uruguayan institution located at provinces.

The study analyzes one year and a half of psychotherapeutic process within the group. During this period the number of patients who participate in it remains stable. This study was performed to analyze the impact of the therapeutic group in the process of psychosocial rehabilitation of these patients, to determine the assessment they make of this space and to recognize the prospects of implementing these procedures in psychosocial rehabilitation programs.

It is a qualitative research design of descriptive type, which uses as units of analysis the start's sessions, the half term and closing's sessions of that year and a half of the treatment group; individual interviews with the group members in that period; and Global Assessment Scale Activity of the DSM- IV (1995) also applied to each member of the group at the end of the term.

The results obtained after analysis of the data does not give explanations in terms of cause and effect, or arrive at generalizations, but describe the impact of a complex phenomenon in a particular and specific reality. The conclusions of this study are intended as a possible reference to other research on the subject and a start to the systematization of evaluations performed on the benefits to mental health services in Uruguay.

The study's findings expose the positive assessment that patients do about therapeutic group as a forum to express their inner experiences and thoughts, to interact with others who are in the same situation and to enable possible and realistic thinking on personal projects without fear of being excluded. Most patients who formed the therapy group reached an acceptable level of overall activity in the social, employment and educational areas, and symptomatic stability that remained committed to its comprehensive treatment without hospitalization or relapses.

Palabras clave: ESQUIZOFRENIA – PSICOANÁLISIS – REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Tabla de contenido

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Abstract.....	3
1. Introducción.....	5
2. Fundamentación y antecedentes.....	7
3. Marco referencial teórico.....	15
3. a Psicosis y esquizofrenia.....	16
3. b Rehabilitación psicosocial.....	22
3. b.1 La rehabilitación psicosocial hacia el modelo de recuperación.....	24
3. b.2 Caracterización del proceso de rehabilitación psicosocial del estudio.....	25
3. c Psicoanálisis y grupo.....	26
3. c.1 La perspectiva anglosajona.....	27
3. c.2 La perspectiva francesa.....	29
3.c.3 La orientación psicoanalítica del grupo del estudio.....	31
3.c.4 El grupo terapéutico de orientación psicoanalítica en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.....	33
4. Preguntas y objetivos.....	35
4.a Preguntas iniciales de la investigación.....	35
4. b Objetivos.....	36
5. Diseño metodológico.....	38
5.a Fundamentación de la elección de una técnica.....	41
5. b Descripción de la muestra.....	44
6. Análisis de los datos recabados.....	50
6.a Categorías de análisis propuestas.....	51
6.b Análisis de las entrevistas.....	55
6.b.1 Tablas y gráfica.....	64
6.c Análisis de las sesiones del grupo terapéutico.....	67
6.d Escala de Evaluación de la Actividad Global, juicio clínico y articulación con datos de entrevistas y sesiones.....	74
7. Conclusiones.....	80
8. Referencias Bibliográficas.....	84
9. Anexos: Guion de entrevista, obstáculos y entrevistas; sesiones del grupo terapéutico; consideraciones éticas, riesgos y beneficios del estudio; categorías de análisis; Escala de Evaluación de Actividad Global; consentimientos informados.....	89
9.a Guión de entrevistas.....	89
9.b Sesiones del grupo terapéutico:.....	96
9.c Categorías de análisis.....	113
9.d Consideraciones éticas, riesgos y beneficios, consentimientos, EEAG.....	114
10. Anexos: EEAG y Consentimientos Informados.....	116

1. Introducción

En el trabajo clínico y cotidiano con personas con enfermedades mentales crónicas, impregnado de frustraciones pero también de logros subjetivos significativos, es importante tener presente que ni todo es posible ni todo está perdido, según plantea Castejón, el Director del Centro de Rehabilitación La Elipa de Madrid, (Verdugo et al, 2002).

En este primer capítulo de presentación de esta tesis de psicología clínica se rescatan algunos de los aportes de un autor del campo de la educación, Ardoino (2005), para plantear a la misma como un estudio cualitativo que aborda un fenómeno particular en profundidad. Se ubica a esta tesis como un estudio que optimiza un accionar, más que como una investigación que crea teoría, como plantea Ardoino (2005) al diferenciar los estudios de las investigaciones. Por tratarse de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, no cabe lugar para pensar los resultados como efectos de una causalidad, ni es posible hacer generalizaciones con los mismos, como tampoco comparaciones pre – post a la aplicación de alguna técnica de recolección de datos. Es un estudio en el que se explora la importancia de un grupo psicoterapéutico de orientación psicoanalítica dentro de un proceso de rehabilitación psicosocial, instrumentado para pacientes esquizofrénicos.

El estudio se realizó en un centro que funciona en el interior del país desde el año 2009 y que integra uno de los servicios de las Unidades Ejecutoras de la Red Nacional de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RNSM-ASSE, 2013), y que no cuenta, al igual que otros, con antecedentes de evaluación de sus prácticas clínicas. Con su ejecución se optimiza el accionar de un recurso específico del que se dispone en el sistema de salud uruguayo, y que recoge aportes del psicoanálisis como teoría y como técnica. De este modo se contribuye a la decisión de considerar a un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, como un recurso psicoterapéutico valioso para personas que padecen una enfermedad mental crónica como la esquizofrenia. En este Centro de rehabilitación estatal del interior de nuestro país, se cuentan con más de dos años de registro del trabajo de un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Estos datos requieren de una sistematización que permita valorar esta práctica, que muestre su incidencia en el tratamiento integral de estos pacientes y que sea el inicio de un plan de evaluación de los dispositivos empleados en salud mental.

Con la sistematización y con la perspectiva de visibilizar los más de dos años de trabajo continuo y actual en esta práctica clínica, se promovieron los interrogantes disparadores para este estudio. “Publicar la crónica de un grupo efímero es dejar que adquiera un valor duradero y ejemplar para los miembros del grupo, para los intérpretes y

para los lectores que constituyen el vasto grupo anónimo, pero también la red de afiliación sobre la que descansa el crédito del autor ante un público” (Kaës y Anzieu, 1979:21).

Los datos de los que se parte y las conclusiones a las que se arriba no se obtienen a partir de mediciones estandarizadas, sino que fueron recabados y analizados a partir de técnicas de entrevistas psicológicas, del análisis de sesiones grupales, y de la aplicación de la Escala de Evaluación de la Actividad Global del Manual de los Desórdenes Mentales (DSM-IV, 1995). Los contenidos de estos datos están analizados inductivamente ya que parten de una situación particular que se profundiza (Marradi, Archenti y Piovani, 2007), con el objetivo de contestar algunos interrogantes más globales acerca de la enfermedad mental y un posible abordaje desde la psicología clínica.

Si bien se trata de una muestra no probabilística con un número acotado de usuarios involucrados en el estudio, ellos conforman el total de integrantes del grupo terapéutico durante el lapso en el que se recabaron los datos, entre los años 2013 y 2014. El tiempo delimitado en un año y medio de proceso psicoterapéutico grupal, tiene que ver con la accesibilidad a datos de las transcripciones de las sesiones grupales, en el tiempo en el que el grupo se mantuvo estable, sin ingresos ni egresos que modificaran su conformación. Ese período de tiempo de proceso terapéutico grupal fue también el necesario y suficiente para pensar y evaluar el grado de actividad global (laboral, social y educativa), que se encontraban teniendo los usuarios en ese momento específico de sus procesos de rehabilitación psicosocial. Ese lapso permitió generar una dinámica grupal que posibilitó el expresar las vivencias internas de cada integrante acerca de su enfermedad, sin perjudicar la estabilidad sintomática que tenían algunos pacientes, e incluso afianzar la estabilidad que otros ya habían logrado. Este último aspecto en relación a los síntomas, es fundamental para que los pacientes sostengan su participación en un programa de rehabilitación psicosocial integral para su enfermedad.

2. Fundamentación y antecedentes

Este estudio pretende visualizar la incidencia de un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acuden a un Centro de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en una ciudad de Canelones. En este estudio se va a trabajar sobre un dispositivo específico y particular, que integra o no los programas de rehabilitación psicosocial (RHPS), como lo es el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, y donde se evaluará la valoración que los pacientes hacen de ese espacio, su incidencia en el proceso de RHPS y la importancia de incluirlo o no a dichos programas. Los diversos programas de rehabilitación psicosocial, que se consideran fundamentales para lograr una mejor evolución de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, no necesariamente incluyen grupos terapéuticos de orientación psicoanalítica dentro de sus procesos de tratamiento.

En los estudios publicados y en los programas de rehabilitación psicosocial de la región y de España, se tiende a fundamentar la práctica terapéutica grupal, desde otros referentes teóricos como el cognitivo comportamental, pero no se plantea específicamente al psicoanálisis como teoría referente para esas prácticas. No obstante en nuestro país la formación psicoanalítica que reciben los profesionales psicólogos se destaca por sobre otras referencias teóricas, desde la planificación curricular de la carrera universitaria hasta los estudios de posgrado (Casas, 2011). De esta manera la utilización de herramientas técnicas basadas en referentes psicoanalíticos, implica un aprovechamiento de los recursos con los que se cuenta en nuestro país tanto a nivel clínico como profesional.

A partir de esta investigación se busca ampliar los conocimientos dentro del campo de la psicología clínica en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, ya que se ha comprobado que para disminuir el número de recaídas y retrasar la evolución hacia el deterioro de esta patología, los tratamientos biológicos y farmacológicos no alcanzan. La pertinencia de este estudio se fundamenta entonces por los escasos antecedentes que hay en nuestro país y en la región sobre investigaciones que aborden el tema de la esquizofrenia, fuera del ámbito de la psiquiatría biológica y de la farmacología, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006).

También se debe tener en cuenta que dentro de las políticas públicas de salud de nuestro país, se postergó el Plan Nacional de Salud Mental aprobado en el año 1986 hasta el 2009 cuando se concretó con su implementación a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este Sistema propone a las prestaciones en salud mental como obligatorias dentro de las brindadas por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2009), por los de ASSE, y por los de los servicios de atención médica colectiva privados.

Dicho Plan (RNSM -ASSE, 2013) incorporaba conceptos vertidos en la declaración de Alma Ata, en la URSS, realizada en setiembre de 1978 sobre la atención primaria en salud y la urgencia en proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. También el Plan de Salud Mental se basó en propuestas de la reforma del psiquiatra Franco Basaglia en Italia que entre los años 1961 y 1970 buscó humanizar al hospital psiquiátrico que dirigía y que finalmente logró cerrar para promover así una atención de salud comunitaria, desinstitucionalizada e integral (Pasquale, 2009). Más allá de lo controversial de los aportes de Basaglia, este psiquiatra fue pionero de uno de los cambios de paradigma de la atención sanitaria en salud mental, que abre la mirada al enfoque comunitario y que sienta las bases del modelo de recuperación en salud mental (Pasquale, 2009).

Específicamente en el proceso de sistematización de las nuevas prestaciones en salud mental según tres modos de atención del sistema de salud, todos incluyen distintos dispositivos grupales y concretamente el modo tres incluye a la psicoterapia grupal, incluso para personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP) y específicamente para personas con diagnóstico de esquizofrenia. Los dispositivos grupales rigurosamente implementados en las políticas de salud, garantizan los beneficios de la ecuación entre eficiencia, eficacia y costos económicos favorables tanto para el sistema de salud como para la población objetivo (RNSM–ASSE, 2013).

De esta manera se fundamenta la pertinencia de este estudio que contribuye a describir la incidencia que tuvo un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Con el estudio se comienza a generar una instancia de evaluación necesaria para un dispositivo específico de atención, incluido en la política de salud pública y que está implementado en un centro del interior del país incluido en la Red Nacional de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Con las conclusiones a las que arriba el estudio se generan conocimientos para integrar la prevención y promoción de salud dentro del tercer nivel de asistencia, en el que se ubica la RHPS, ya que el trabajo en grupo terapéutico de orientación psicoanalítica permite la detección precoz de los brotes delirantes y la ampliación de la conciencia de enfermedad. De este modo se contribuye a la disminución de recaídas e internaciones de los pacientes por su atención precoz y la búsqueda de adherencia a los tratamientos. Además por tratarse en este caso de una población del interior del país, se descentraliza la mirada mayoritariamente captada por la población y los servicios de salud localizados en la capital del país.

Como ejemplo de la importancia de la investigación y difusión de conocimientos en diferentes aspectos de lo que concierne a la salud mental se cita lo siguiente sobre un estudio español: “De acuerdo a Ingris PELÁEZ y Rubén BURGOS (2005), ese interés se ve reflejado en el aumento de publicaciones de este tipo de estudios: mientras que en 2000 se reportaron 91 artículos en revistas del área de la salud, en 2004 el número de artículos ascendió a 1.797 y, de ellos, solo el 10% fueron del área de la salud mental.” (Romero-Galván, 2008:1)

En Uruguay, según datos manejados por el Banco de Previsión Social (BPS, 2012), que se desprenden de la última Encuesta Nacional sobre personas con Discapacidad que data del año 2004, el 7,6% de los hogares urbanos cuenta con al menos una persona con discapacidad, lo cual implica que dicha persona tenga alguna alteración funcional permanente o prolongada a nivel físico o mental. Este aspecto sitúa a la persona en desventaja según su edad y medio social para lograr integrarse en lo familiar, lo comunitario, lo educacional o lo laboral. A su vez dentro de este porcentaje se especifica que el 1,3% está relacionado con las limitaciones mentales y concretamente un 0,5% refiere a las limitaciones mentales que dificultan el relacionamiento. Las personas con esquizofrenia como principal diagnóstico se sitúan dentro de este último porcentaje descrito.

El Instituto Nacional de Estadística realizó una Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA, 2006) titulada “Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento”. La misma recoge los últimos datos con los que se cuenta en el Uruguay sobre la temática de salud que aborda, no encontrándose sistematización ni publicación de datos posteriores a esa fecha sobre temas de salud mental ni esquizofrenia, realizados por organizaciones estatales.

Se toman como antecedentes para el proyecto de tesis, algunos de los datos recabados por esta encuesta en el 2006 sobre la indicación de medicamentos (aunque no se especifique cuáles), ya que la esquizofrenia como patología mental crónica ha quedado captada casi exclusivamente por los tratamientos farmacológicos. Según esta encuesta no obtuvieron la medicación indicada (por no tener dinero o por no haber stock en el centro de salud) el 6% en el interior y el 2% en Montevideo. Se destaca así cómo incide este dato en el tratamiento de una patología crónica como la esquizofrenia y en su estabilidad sintomática, ya que la misma depende de una toma continua de medicación y de tratamiento por parte de un clínico de referencia.

Otra de las conclusiones relevantes en esta encuesta es que: “De las personas que recibieron indicaciones de tomar algún medicamento, el 8% no pudieron obtenerlos. El 20% de ellos debido a que no tuvieron el dinero necesario, y el restante 80% porque esos

medicamentos no se encontraban disponibles en el centro de salud.” (ENHA, 2006: 49). En el Centro del interior del país donde se lleva a cabo este estudio, esto es un hecho constatable y que sucede con frecuencia en la farmacia de salud pública que los pacientes tienen de referencia. Si bien el porcentaje de los pacientes que no obtuvieron la medicación necesaria es menor a un 10%, es relevante como antecedente sanitario de nuestro país, ya que en relación al tratamiento y a la evolución de una patología mental crónica como la esquizofrenia, desde el campo de la medicina y la farmacología, gran parte de su estabilidad clínica depende justamente de la toma continua de medicación anti psicótica. A su vez se trata de medicamentos controlados cuyo costo en una farmacia común, abierta al público en general, es mayoritariamente inalcanzable para la población.

En lo que hace específicamente a salud mental y más aun a la rehabilitación psicosocial como estrategia de tratamiento integral, tanto en el Uruguay como en otros lugares del mundo, no suelen ser las áreas priorizadas en la asistencia sanitaria. No obstante en el país existen actualmente en Montevideo los siguientes centros de rehabilitación psicosocial, orientados fundamentalmente a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (incluyendo tanto los del ámbito público como los del privado): Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, Centro Diurno Sayago, Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Ciprés y Centro Psicosocial Sur Palermo. También en los departamentos de Canelones, Lavalleja, Maldonado y Paysandú hay centros estatales, dependientes de ASSE, según información de la Guía de Intercentros (2011). No en todos los centros se especifica si se cuenta con grupos terapéuticos para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y en ningún caso queda establecido el marco de referencia teórico de dicho abordaje. En las publicaciones nacionales de los Cuadernos de Rehabilitación (1997-2000) se ven los antecedentes de la rehabilitación en nuestro país en los Talleres protegidos, la Laborterapia y la Terapia Ocupacional que datan de mediados del siglo XX, y que eran llevados a cabo en los hospitales psiquiátricos Musto, Vilardebó y en la Colonia Etchepare. Los grupos terapéuticos no estuvieron siempre formando parte de los programas de rehabilitación psicosocial e incluso son abordajes que se han dado por fuera de los mismos, tanto para pacientes internados en el hospital psiquiátrico, como para los que están en tratamiento ambulatorio.

En el Centro Diurno del Hospital Vilardebó se llevó a cabo un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica que acompañó el proceso de rehabilitación psicosocial de algunos de los pacientes, desde el año 2003 hasta el 2007 (Fernández y Sosa, 2007). Se especificó en un trabajo hecho sobre dicha experiencia, que el marco teórico de referencia que se tuvo fue el psicoanalítico, con la escucha de los contenidos inconscientes. En ese grupo se buscó abordar la concientización sobre la enfermedad y la búsqueda de adherencia a los demás

tratamientos, promoviendo de esa forma una mayor estabilidad sintomática. Se potenció con ese trabajo grupal la inserción familiar y social, y se fortaleció la integración a la vida tras la metabolización de las angustias psicóticas trabajadas en el grupo. Este mismo trabajo concluye que este tipo de dispositivo grupal habilita la rehabilitación psicosocial, ofrece contención a los pacientes y se considera un recurso viable de ser llevado a cabo por ser valorado positivamente por los participantes, según plantean sus autores (Fernández y Sosa, 2007).

Es destacable como en un estudio de investigación de maestría en salud mental, que entre otros aspectos releva cómo trabajaron en clínica los psicólogos en el Uruguay entre los años 1985 y el 2000, se muestra como solo el 9% trabaja en el nivel de atención que corresponde a la rehabilitación, frente a un 32% que lo hace en psicoterapia y a un 38% que trabaja en el primer nivel de atención de salud (Casas, 2011). Existen diversos estudios en América Latina y España, que avalan la efectividad del tratamiento de rehabilitación psicosocial para la estabilidad sintomática, la disminución de internaciones y la mejora de la calidad de vida, tanto del paciente con diagnóstico de esquizofrenia como de su familia, como plantea uno de los estudios de Alfaro Madrigal et al (2008).

Un estudio sobre la racionalización y el estado del arte de la temprana detección e intervención en psicosis, entre las que se incluyen a la esquizofrenia, plantea al respecto que: "Los estudios epidemiológicos más recientes han mostrado que los pacientes con mayor duración de la psicosis tienen peor respuesta al tratamiento farmacológico, mayor gravedad de síntomas positivos, síntomas negativos y peor funcionamiento global. Por otra parte, los estudios de neuroimagen también indican que un periodo prolongado de enfermedad no tratada produce anomalías estructurales cerebrales más pronunciadas. Es por esto que la detección temprana en psicosis tiene como objetivo reducir la demora del tratamiento para mejorar el pronóstico y reducir la gravedad del trastorno." (Tecelli Domínguez Martínez, 2011:2). En este antecedente se tomaron en cuenta algunos de los interrogantes que promovieron este estudio como ser la sintomatología específica de la esquizofrenia y el funcionamiento o actividad global (DSM IV, 1995) que logran alcanzar los pacientes abordados.

Para demostrar la complejidad del tratamiento y de la evolución de una psicosis como la esquizofrenia se necesita contar con múltiples y variados recursos terapéuticos. Un estudio que toma las variables de la sobrecarga familiar (SF) y de la emoción expresada (EE), para investigar cambios tras la aplicación de una instancia de psicoeducación breve para grupos de familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia concluye que: "Los grupos psicoeducativos breves pueden no ser suficiente para reducir la SF y la EE asociada

a la experiencia” (González-Blanch et al, 2010:393). Estas variables se tomaron para detectar la influencia en una familia, de la experiencia de debutar con un familiar al cual se le diagnosticó el inicio de una esquizofrenia. Este antecedente, si bien es específico de un recurso terapéutico específico como la psicoeducación, pauta la necesidad de un abordaje terapéutico más complejo y continuado en el tiempo para que en un paciente se produzcan cambios favorables en relación a la evolución de su patología. Un ejemplo dentro de estos abordajes requeridos, son los grupos terapéuticos de orientación psicoanalítica, como el que refiere este estudio.

Desde una perspectiva psicodinámica en el estudio de Sargo et al (2005) se especifica que el 1% de la población mundial padece de esquizofrenia y dentro de esta, el 25% presenta una comorbilidad con síntomas depresivos, agravándose de esta manera el cuadro y generando al menos un 15% de riesgo suicida en pacientes con esta patología. En este mismo estudio (Sargo et al, 2005) que investiga la utilización de la Psicoterapia Interpersonal en estos casos, se plantea que frente a una respuesta negativa de los pacientes a la medicación, la psicoterapia en general debe ser considerada, relevando que la Interpersonal se lleva a cabo desde mediados de la década de 1970 con éxito.

Un estudio español de los autores Tost Paradell et al (2010) sobre las psicoterapias de grupo en la esquizofrenia, plantea que dentro de la psiquiatría tiene prevalencia la búsqueda de causas biológicas de la enfermedad mental. Es por estos motivos entre otros, que la medicalización y el tratamiento farmacológico son los considerados principales y muchas veces los exclusivos para abordar esta patología. Este énfasis ha relegado a los tratamientos psicoterapéuticos tanto individuales como grupales de las enfermedades mentales, aunque se haya comprobado con diversos estudios su eficacia. Sin embargo este mismo estudio, logra concluir que: “Las limitaciones de la psicofarmacología han devuelto el interés por la psicoterapia de grupo y, en general, por los abordajes psicoterapéuticos integrados en este campo [4]. (...) En estudios con resultados múltiples, se ha comprobado la eficacia del tratamiento grupal en la enfermedad mental crónica [49], en los que un gran número de pacientes con esquizofrenia recibe como tratamiento principal, tanto en instituciones como en la comunidad, la terapia de grupo [50]. (...) es indicio de su eficiencia como modalidad psicoterapéutica, y existe al menos un estudio que ha demostrado que el tratamiento grupal es más eficiente y rentable que el tratamiento individual [51].” (Tost Pardell et al, 2010:113). También en este estudio se explicitan los referentes teóricos que se utilizan en los abordajes grupales de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia relevados y se especifica que los educativos, los psicodinámicos y el enfoque interpersonal son los más utilizados (Tost Pardell et al, 2010). Siguiendo con los aportes de este estudio, se pluralizan las referencias teóricas posibles, priorizando el abordaje grupal por sobre el

marco teórico con el que se desarrolle: “A pesar de que distintos estudios inciden sobre los beneficios de una modalidad sobre otras, parece que en su conjunto la efectividad de las mismas es similar entre ellas, apostando en la actualidad por un modelo de intervenciones que combinen de forma flexible los distintos enfoques teóricos, y determinando que la psicoterapia grupal es globalmente más eficaz que el placebo o la ausencia de tratamiento.” (Tost Pardell et al, 2010:15). Estos mismos autores, en el proyecto previo al estudio desarrollado y anteriormente referido, resaltan la viabilidad de la psicoterapia grupal para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia por ser adaptable a diferentes dispositivos sanitarios, y eficiente para ser llevada a cabo en servicios de asistencia públicos con recursos limitados (Tost Paradell et al, 2007).

En la línea de la escasez de investigaciones en torno a las intervenciones grupales de orientación psicoanalítica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en proceso de rehabilitación psicosocial, hay un estudio empírico de revisión sobre diversos abordajes psicológicos de la esquizofrenia que plantea que hay: “(...) 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, & Kienzie, 1996).” (Vallina Fernández y Lemos Giraldez, 2001:1). No se toma en cuenta en este antecedente los aportes del marco referencial teórico psicoanalítico como abordaje posible para este tipo de patología.

En la búsqueda de antecedentes específicos, dentro de las producciones de la Universidad de Buenos Aires se encontró un estudio llevado a cabo con once pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que tuvieron como abordaje terapéutico a un grupo de acompañamiento al tratamiento farmacológico con Clozapina que recibían, (este medicamento es un antipsicótico de última generación que requiere de controles estrictos para su administración, por los riesgos secundarios que conlleva), (Sertori et al, 2005). En este estudio cualitativo, basado en entrevistas, se concluyó que el grupo es un espacio oportuno para poder hablar y oír acerca de las dolencias de la enfermedad, así como también para intercambiar experiencias de vida y mejorar el relacionamiento social, tanto como para aumentar la seguridad como la autoestima. Aunque se trabajó con pacientes que contaron también con un acompañamiento familiar y que se trataban con uno de los fármacos más eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, el estudio promueve la búsqueda de otras estrategias terapéuticas, además de las farmacológicas, que mejoren la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, basándose en los beneficios encontrados en el abordaje grupal (Sertori et al, 2005). Es destacable tener en cuenta que en la Biblioteca de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, en sus

publicaciones sobre la temática de la psicosis especialmente de la esquizofrenia y su abordaje psicoterapéutico grupal, solo se encuentra el registro de tres artículos teórico clínicos que no están basados en investigaciones sistematizadas (AAPPG, 2015).

A partir de estos antecedentes se reafirma la importancia de llevar a cabo un estudio que sistematice los datos recabados sobre el trabajo grupal de orientación psicoanalítica, con un grupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, en el marco de su rehabilitación psicosocial. También este tipo de estudio sobre los dispositivos de tratamientos de este tipo de pacientes permite la detección precoz tanto de los síntomas psicóticos que anteceden a una crisis o recaída, como de los síntomas depresivos cuando se manifiestan y presentan riesgos de intentos de autoeliminación como conllevan el 15% de los pacientes con esquizofrenia (Gabbard, 2000). Otro punto en el que se centra la relevancia y la pertinencia de la realización de este estudio, según los relevamientos de antecedentes realizados, es en el sostén afectivo del paciente y de su familia para sobrellevar la enfermedad, y en la mejora de la respuesta a los tratamientos farmacológicos que posibilitan los tratamientos psicosociales entre los que se encuentra el grupo estudiado.

La prevalencia de perspectivas teóricas, como la cognitivo comportamental o la psicoeducación en el desarrollo de estrategias terapéuticas grupales para pacientes con trastornos mentales severos dentro de programas de rehabilitación psicosocial, abre las posibilidades para estudiar y describir otras perspectivas como la psicoanalítica para ser tenida en cuenta como herramienta de trabajo posible en esta área.

El comienzo de la implementación de evaluaciones sobre los dispositivos de salud con los que cuenta el Estado uruguayo que viabiliza la realización de este estudio, es otro de los fundamentos para su pertinencia. Sobre todo teniendo en cuenta que su realización es monitoreada desde la formación académica universitaria de una Maestría y que cuenta con los recaudos éticos necesarios para su realización.

3. Marco referencial teórico

La elección de los conceptos, que al decir de Valles (1990) median entre la teoría y la observación de la realidad planteada, es la de aquellos que posibilitan una mayor y mejor comprensión sobre el trabajo clínico grupal con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, desde una perspectiva psicoanalítica y en el marco de la rehabilitación psicosocial de estos pacientes. Hay tres ejes por donde transitan las referencias teóricas de este estudio: el de la psicosis como el cuadro nosográfico que enmarca a la esquizofrenia como enfermedad mental crónica; el del aporte del psicoanálisis como herramienta clínica posible para el trabajo con grupos; y el de la rehabilitación psicosocial como tratamiento integral de personas con trastornos mentales graves y persistentes, dentro de los cuales también se engloba a la esquizofrenia.

Los conceptos teóricos y técnicos necesarios de definir y/o delimitar para ser utilizados dentro de este estudio, son tomados desde distintas disciplinas como la de la psiquiatría descriptiva norteamericana y su manual sobre los desórdenes mentales (DSM-IV, 1995); la de la psiquiatría clásica y sus fundamentos en la organodinámica del proceso de enfermar planteada por Henri Ey (1969), y los que toma el psiquiatra y psicoanalista Glenn Gabbard (2000) desde la psiquiatría psicodinámica; además del psicoanálisis freudiano sobre las psicosis y el rastreo histórico de Foucault (1964) sobre la locura. También para el eje sobre grupos se toma a autores como el psicoanalista de la escuela inglesa Wilfred Bion (1976) pionero de los planteos sobre el trabajo grupal, a los franceses René Kaës y Didier Anzieu (1979) y al argentino Marcos Bernard (1995), que son los autores elegidos para pensar este abordaje desde la teoría psicoanalítica más específica encontrada sobre la temática. En torno a la rehabilitación psicosocial se apela a autores españoles de las últimas dos décadas (Virginia Otero, Ramón Blasi y Domingo Díaz del Peral, entre otros), por tratarse de la región que más ha desarrollado esa perspectiva de tratamiento dentro de sus servicios de salud mental. Hasta aquí se trata de los autores tomados como básicos para abordar cada temática en particular, a los que se le suman otros que aportan y enriquecen cada punto y que a su vez se entrecruzan formando una red de teorías que posibilitan un más profundo análisis de los datos recabados y por entre los cuales surgirán interrogantes nuevos para futuros estudios. Apelar a esta multireferencialidad teórica apunta a dar rigor y fiabilidad al estudio llevado a cabo (Ardoino, 2005).

De esta manera el marco referencial teórico se organiza en tres subcapítulos que concentran los diferentes aportes para cada eje temático. Se trata de desglosar lo referido a esquizofrenia, rehabilitación psicosocial y trabajo terapéutico grupal de orientación

psicoanalítica, para luego conjugar lo fundamental de cada aporte en el grupo específico estudiado en esta tesis.

3. a Psicosis y esquizofrenia

Psicosis es el término técnico que desde finales del siglo XIX a principios del XX fue el heredero de las clásicas concepciones de la locura. Es por eso que se aborda en este capítulo, a Michel Foucault a través de su obra *Historia de la locura* (1964), en donde plantea como la locura tiene una manifestación constante en distintas producciones del ser humano, desde el siglo XIII. En ese texto dicho autor muestra como la locura, más que las enfermedades venéreas, fue la heredera desde mediados del siglo XVII, del modelo de exclusión social a la que fue sometida la lepra casi dos siglos antes en la época medieval. Exclusión que se le hace al loco, no solo a nivel médico sino también y fundamentalmente a nivel moral. En la cita de Foucault (1964:10) se da cuenta de esto: "(...) bajo la influencia del mundo del internamiento tal como se ha constituido en el siglo XVII, la enfermedad venérea se ha separado, en cierta medida, de su contexto médico, y se ha integrado, al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión."

Foucault (1964) hace un recorrido histórico de lo que implicó la locura en diversos contextos sociales y a mediados de los años sesenta la define como: un fenómeno complejo, que se considera como una de las principales experiencias comprendidas en el Renacimiento y que es figurada a través del cuadro que el Bosco pintó en 1497 titulado *La nave de los locos*. Esta obra pictórica muestra un viaje simbólico de una nave llena de insensatos que viajan en busca de razón, a partir de la cual Foucault (1964) hace un rastreo de cómo fueron tratados los locos y de que se hizo en las ciudades de Europa con ellos. Si bien desde la Edad Media que va desde el siglo V al XV y el Renacimiento que comprende desde el siglo XIV al XVI, hubo lugares destinados al tratamiento y a la internación o contención como casas u hospitales, para aquellos ciudadanos considerados locos, siempre existieron los que se mantuvieron errantes, vagabundos y excluidos del sistema establecido. Exclusión que en la obra tomada como inicio del proceso de construcción de la imagen social de la locura, se materializa a través de un viaje de peregrinación hacia algún lugar donde los locos serán reclusos, como fue una isla por ejemplo. Viaje en una nave que atraviesa las aguas con el fuerte contenido simbólico de purificación que tiene; así de esta forma la exclusión y la peregrinación se anudan a la curación y a la purificación provista por ese viaje hacia un destino último de reclusión, que evitará en definitiva que los locos merodeen las ciudades. Foucault (1964) también muestra como ese viaje figurado en *La*

nave de los locos, recoge parte del ritual de expulsión que la Iglesia ya había dado a los sacerdotes que se volvían locos, en las primeras décadas del siglo XV, por la impureza que implicaba esa locura.

Foucault (1964) también alerta sobre el sentido de la falta de utilidad social que tienen los ciudadanos locos con su escaso o alterado raciocinio, y sobre la necesidad del resto de la ciudadanía de ser cuidados ante la inseguridad que engendran estos locos por su accionar incierto y posiblemente peligroso ante su pérdida de razón. Siguiendo con parte de la minuciosa historia que recorre Foucault, en una cita se va definiendo también a la locura como inestabilidad, caos y desorden: “(...) citemos solamente los grandes análisis, semiantropológicos, semicosmológicos, de Heinroth, en los cuales lo locura es como una manifestación, en el hombre, de un elemento oscuro y acuático, sombrío desorden, caos en movimiento, germen y muerte de todas las cosas, que se opone a la estabilidad luminosa y adulta del espíritu.” (1964:14). Doble sentido que toma aquí el elemento del agua como aquello que purifica pero que también enloquece.

Otro de los sentidos que recoge Foucault (1964) de distintas producciones pictóricas, teatrales y literarias, entre otras, realizadas en diferentes épocas en las que la humanidad mostró sus concepciones de la locura a través del arte, es el que la asocia a la nada, a la muerte y al fin de la vida: “Ese nexo de la locura y de la nada está anudado tan fuertemente en el siglo XV que subsistirá largo tiempo, y aún se le encontrará en el centro de la experiencia clásica de la locura.” (1964:17), o sea que desde antes del siglo V ya la locura implica la no existencia de la vida en cierto sentido. En la Edad Media, entre los siglos V al XV, la locura encabeza todos los vicios, sentido este que también remite a los excesos y a la desmesura, a la pérdida de límites y a la condena social, como Foucault (1964) también lo muestra en su recorrido.

Hasta aquí algunos de los sentidos de valoración negativa que adquirió la locura y que se mantienen también hasta el día de hoy, entendida como una enfermedad mental aún con enigmas en torno a su etiología y a su evolución, y que genera gran parte del estigma social con el que carga quien la padece. Desde el Renacimiento Foucault (1964) localiza también otros sentidos que adquiere la locura, de fascinación y de fuente de saber, oscuro y esotérico, que la valora y la sitúa socialmente de otra forma. Es por esto que se cita algo que da otro giro al recorrido histórico de Foucault iniciado con la obra de *La nave de los locos*: “Todo lo que tenía la locura de oscura manifestación cósmica en Bosco, ha desaparecido en Erasmo; la locura ya no acecha al hombre desde los cuatro puntos cardinales; se insinúa en él o, más bien, constituye una relación sutil que el hombre mantiene consigo mismo. La personificación mitológica de la Locura no es, en Erasmo, más

que un artificio literario. En realidad, no existen más que locuras, formas humanas de la locura (...)" (1964:23). Este sentido de la locura recoge algo de la tradición humanista que se mantiene en algunas concepciones actuales sobre el tratamiento de la enfermedad mental, sobre todo en las basadas en corrientes psicodinámicas y psicoanalíticas, que se rescatan en el abordaje de la rehabilitación psicosocial en el que se enmarca el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, objeto de estudio de esta Tesis.

De todas formas más allá de la conciencia crítica y racional que intenta ocultar a la locura a partir del siglo XVI, ya finalizando el Renacimiento, y que la deja velada en las producciones artísticas, algo permanecerá de su sentido de experiencia trágica y desgarradora. Esta otra mirada de la locura la conducirá hasta su captación médica y también psicoanalítica en su momento, como enfermedad mental desde los siglos XVIII y XIX. Así mismo Foucault (1964) da cuenta de que la internación de los enfermos mentales, en casas destinadas para su contención o en los asilos, data de mediados del siglo XVII, fundamentalmente en Francia, y se mantiene hasta el día de hoy en las instituciones hospitalarias psiquiátricas. Los asilos son anteriores a los alienistas y a la asistencia psiquiátrica contemporánea que comienza recién a principios del siglo XIX. Actualmente subsisten varios de los sentidos que las sociedades le daban al loco, hoy más técnicamente entendido como el psicótico y diagnosticado como tal por una serie de dispositivos médicos y legales que lo pueden llegar a declarar incapaz, perdiendo así su calidad de ciudadano civil. Esta denominación de incapaz, asociada a la figura de un tutor, familiar o no, que asume su curatela, lo dejará definitivamente excluido de sus derechos civiles de votar, trabajar, cobrar sus haberes y tomar cualquier decisión en torno a su tratamiento.

La psicosis es entendida para algunos autores psicoanalíticos como una fractura irreversible del aparato psíquico (Nasio, 2001), que implica las más de las veces también una fractura en lo social, visto esto en la expresión máxima que tiene en algunos pacientes diagnosticados como psicóticos crónicos y que terminan asilados en este país en la Colonia Etchepare, por ejemplo. Dispositivos asilares y manicomiales que funcionan con el nombre de Colonia u Hospital psiquiátrico, y que subsisten hasta la actualidad como una forma de exclusión y reclusión que no dista tanto de las anteriores, sobre todo en el ejemplo de la Colonia mencionada. Estos últimos planteos no pretenden ser de negación de los dispositivos asistenciales con los que se cuenta actualmente en el país, sino de una perspectiva crítica que contribuya a la necesidad de tomar conciencia de como las sociedades actúan y tratan aún hoy a sus "locos". De esta manera se da el aporte para un progreso o avance asistencial que logre una mayor humanización de la atención en salud mental y que dignifique la mirada sobre quien necesite de esos servicios.

La esquizofrenia tiene una historia previa como concepto de patología mental dentro del grupo de las psicosis delirantes crónicas, donde en sus orígenes fue denominada como Demencia Precoz, según la definía en Alemania el psiquiatra pionero en integrar al psicoanálisis en su disciplina, Eugenio Bleuler (1908). La esquizofrenia es tomada desde ese entonces con Bleuler (1908), luego con Kraepelin (1955), y hasta la actualidad con el DSM-IV (1995), como uno de los trastornos psicóticos principales, por no decir el más claro como cuadro psicopatológico de psicosis crónica. En el DSM-IV (1995) la esquizofrenia se define y por tanto se diagnostica por la presencia continuada en el tiempo (más de seis meses) de los síntomas psicóticos fundamentales como los delirios y las alucinaciones.

Varios de los estudios epidemiológicos centrados en temas de salud mental, reconocen que la esquizofrenia tiene un 1% de prevalencia en la población mundial y que hay cerca de 20 millones de personas que la sufren (Otero, 2004). A esta información se le agrega otra que también basándose en estudios estadísticos establece que una de cada cuatro personas en el mundo padeció, padece o padecerá algún tipo de trastorno mental (Díaz del Peral, 2013).

Los síntomas psicóticos, como manifestación fundamental de la esquizofrenia, se encuentran en el glosario de términos que maneja el DSM-IV (1995) como los síntomas definidos por los delirios y las alucinaciones, que implican "...una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad." (DSM-IV, 1995:786). La concepción de síntoma, tomada desde el DSM-IV (1995), la cual tiene una dimensión específicamente clínica y no teórica, es definida como lo que describe subjetivamente un paciente acerca de su estado patológico, poniendo en juego así la escucha del entrevistador. La distinción entre lo que son los síntomas positivos, los que la enfermedad suma y agrega a la persona (delirios y alucinaciones) y los síntomas negativos, los que la enfermedad resta e implican una disminución de funciones (abulia, aplanamiento afectivo y apragmatismos) definitorios de la esquizofrenia, data de los planteos de Jackson de 1931, según lo plantea el mismo Ey (1969).

Para la psicosis, como el trastorno o la estructura que engloba a la esquizofrenia, no hay una definición que sea aceptada universalmente sobre lo que ésta significa, distintos paradigmas la toman desde una forma de funcionar del aparato psíquico, un desorden del mismo o como una estructura determinada por los primeros años de vida del niño (allí operan algunas teorías psicoanalíticas), o por una determinación biológica e incluso genética, aunque esta última no está todavía claramente demostrada científicamente.

Para Freud (1924) la psicosis era el resultado de un conflicto entre la instancia psíquica Yo y la realidad exterior, resultado este que desencadena la construcción de una

nueva realidad exterior e interior, clínicamente observada a través del mundo delirante del psicótico. Esto implicaba para él la pérdida del juicio de realidad en la psicosis, a diferencia de lo que sucedía con las neurosis, y la vuelta sobre sí mismo por el retiro de la catexis de objeto. De esa forma los psicóticos reinvestían su yo y comprometían el establecimiento de transferencias de vínculos del pasado en el aquí y ahora del análisis (Freud, 1924). Este último aspecto se relaciona con los desarrollos del psicoanálisis freudiano como herramienta terapéutica para ser llevada adelante con pacientes neuróticos que establecen transferencia, más que con los psicóticos que no lo logran.

Integrando las nociones de otro de los autores propuestos se plantea que “Freud definía a la esquizofrenia como una regresión en respuesta a intensas frustraciones y conflictos con los otros. Esta regresión desde las relaciones de objeto a un estadio autoerótico del desarrollo estaba acompañada por un retiro de la investidura emocional de las representaciones de objeto y de las figuras externas, lo que explicaba la aparición del retraimiento autístico de los pacientes esquizofrénicos.” (Gabbard, 2000:186).

En su Tratado de Psiquiatría Henri Ey (1969) hace un recorrido de lo que implica esta enfermedad y establece que “...las concepciones psicoanalíticas y las concepciones organodinámicas que admiten una regresión narcisista de la libido y una desintegración del Yo (...) tienden a reunirse y completarse.” (Ey, 1969:533), integrando sus nociones del proceso de enfermar con las de la estructuración del aparato psíquico del psicoanálisis. La evolución y pronóstico de la esquizofrenia tiende a ser desfavorable y hacia el deterioro y la disgregación de la vida psíquica, lo que conlleva un deterioro funcional de la persona en su globalidad, según los recorridos planteados tanto por el DSM-IV (1995) como por Henri Ey (1969). Actualmente este es un punto controversial con el nuevo modelo de recuperación de la enfermedad mental, que plantea la posibilidad de una mejora en la calidad de vida y la integración comunitaria de estos pacientes, sumado a los avances de la psicofarmacología en el tratamiento de esta patología (Díaz del Peral, 2013).

La esquizofrenia, desde uno de los principales exponentes de la psiquiatría psicodinámica, que integra aspectos también del psicoanálisis, que es Glen Gabbard (2000), es una enfermedad heterogénea, con diferentes formas de manifestaciones clínicas, y que aunque existan componentes biológicos y genéticos que la determinen, también coadyuvan los ambientales y se da en la complejidad dinámica de un individuo psicológicamente único. También propone una descripción de su sintomatología agrupada en síntomas positivos (delirios, alucinaciones y conductas como la catatonía o la agitación), síntomas negativos (afecto restringido, pobreza del pensamiento, apatía y anhedonia) y un tercer grupo de síntomas correspondientes a desordenes en las relaciones interpersonales (retraimiento,

expresiones inapropiadas de agresión y de la sexualidad, y dificultades en establecer contacto significativo con otros) (Gabbard, 2000). En torno a su tratamiento propone, entre otros, a la psicoterapia grupal como eficaz luego de una remisión de síntomas positivos o de reagudizaciones, sin especificar el sustento teórico de la intervención, si bien su integración del psicoanálisis es evidente a lo largo de su obra. Propone que la terapia grupal para pacientes que están estabilizados de su patología crónica, sirve para proveer confianza y apoyo, y un espacio para trabajar sobre el manejo de la sintomatología y los estigmas sobre su enfermedad mental (Gabbard, 2000).

Para ampliar la perspectiva clínica es necesario contar con los aportes de otra disciplina, fuera de la psiquiatría, como lo son los de la psicología, para definir lo que es la esquizofrenia, sobre todo cuando ha sido una enfermedad captada fundamentalmente por el pensamiento y la práctica médica. Desde esta perspectiva se toma a una autora, psicóloga de profesión, que desarrolló su doctorado en España sobre temáticas de rehabilitación psicosocial de pacientes con enfermedades mentales crónicas, que considera a la esquizofrenia como "(...) el paradigma de la enfermedad mental crónica." (Otero, 2004:3). A su vez esta autora plantea que esta enfermedad repercute en los procesos emocionales y cognitivos de los pacientes, así como en sus posibilidades de interacción social; que se inicia en la adolescencia o juventud y que afecta por igual a los dos sexos. Los comienzos de la esquizofrenia varían desde formas insidiosas y progresivas a bruscas y agudas, sin una clara definición sobre su etiología, y con una evolución que actualmente es planteada como variable, con posibilidades de recuperación completa y no necesariamente crónica o hacia el deterioro (Otero, 2004).

Los últimos planteos dan cuenta de las dificultades en definir una esquizofrenia única como entidad nosográfica y clínica, y enriquecen la mirada particular sobre cada persona y su también particular manifestación de la enfermedad. Son también promotores de tener en cuenta la existencia de factores que en cada historia individual se pueden considerar como de riesgo (acontecimientos vitales y nivel de estrés familiar) o como de protección (capacidad de afrontamiento, apoyo social, etc.) para el desarrollo de una esquizofrenia (Verdugo et al, 2002). Los planteos actuales y psicodinámicos demuestran que la vulnerabilidad para desarrollar esta enfermedad, así como el curso que tenga la misma a lo largo de los años, son factores individuales y propios de cada paciente.

La sintomatología de la esquizofrenia, tanto en su manifestación de síntomas positivos como de síntomas negativos y cada una de sus características clínicas, así como lo concerniente a la ruptura con la realidad y con el mundo de las relaciones interpersonales asociados a esta enfermedad, serán los puntos a tomar en cuenta al momento del análisis

de parte de los datos recabados en este estudio. También se abordará la perspectiva del estigma social que tiene la esquizofrenia, como marca negativa que la sociedad le impone y las consecuencias que esto conlleva en el auto estigma que sufren los pacientes y que puede incluso alejarlos de los propios servicios de asistencia por la vergüenza que les da ser usuarios de los mismos (Nüscher et al, 2006).

3. b Rehabilitación psicosocial

La rehabilitación psicosocial no surge de desarrollos teóricos ni académicos establecidos previamente, sino que surge de los procesos de atención comunitaria de los enfermos mentales crónicos, luego de los movimientos de desinstitucionalización psiquiátrica, según plantean Vázquez y López-Luengo (Verdugo et al, 2002). Es una práctica de asistencia humanitaria y no una teoría ni una técnica, e integra la historia de los tratamientos de las enfermedades mentales crónicas, según plantean también estos autores. La rehabilitación psicosocial se enmarca en un funcionamiento de comunidad terapéutica o centro diurno o de día, o se asimila al funcionamiento de un hospital de día o al de una internación de medio camino. Este funcionamiento se enmarca según un modelo asistencial psiquiátrico centrado en el abordaje médico como en los hospitales, o en un modelo de asistencia comunitaria en los centros diurnos (Díaz del Peral, 2013). Este estudio se lleva a cabo en un centro diurno centrado en el abordaje comunitario de la rehabilitación psicosocial.

Para la autora española Virginia Otero la rehabilitación psicosocial es un conjunto de estrategias de intervención psicosocial en la atención comunitaria de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que propicia su independencia y autonomía personal y social (Otero, 2004). Más que centrarse en un diagnóstico basado en los síntomas que presenta esta enfermedad, se basa en el reconocimiento de las capacidades, los recursos personales y de las redes de apoyo familiar y social con las que cuentan estos pacientes, y que han conservado más allá de la enfermedad, para potenciarlos en el proceso de rehabilitación psicosocial (Otero, 2004).

A nivel mundial los dispositivos de abordaje terapéutico para pacientes con TMSP, trabajan entre otros, con los objetivos principales que define esta autora para los programas de intervención en rehabilitación psicosocial:

- “1. Reducir los síntomas de los pacientes.
2. Aumentar el desempeño de roles sociales valiosos.

3. Disminuir el estrés que la conducta del paciente genera en la familia y la carga familiar que supone la convivencia.

4. Incrementar la red de apoyo familiar.

5. Reducir la cantidad de ingresos hospitalarios.” (Otero, 2004: XIV).

Según el consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y la Organización Mundial de la Salud (1996), conocida por su sigla en inglés: WAPR/WHO, además de lo anteriormente planteado, la rehabilitación implica la mejora de la competencia individual y su repercusión en el entorno, para de esa forma lograr una mejor calidad de vida de los pacientes y de sus familias. Cabe destacar que la forma de referirse a los destinatarios de los dispositivos de rehabilitación psicosocial suele ser a través de la denominación de usuarios, por tratarse justamente de personas que participan activamente desde sus aspectos sanos y no desde su enfermedad, en estos dispositivos. Si bien en relación a sus tratamientos psiquiátricos y farmacológicos son denominados como pacientes que reciben pasivamente lo indicado por un profesional, en este estudio se utiliza la denominación más clásica y convencional de paciente, en particular con diagnóstico de esquizofrenia, solo por ser una terminología de uso común y corriente.

Para acceder a este tratamiento se requiere de la estabilidad clínica desde el punto de vista psiquiátrico y no contar con una evolución que lo haya deteriorado profundamente en su funcionamiento cognitivo. La rehabilitación psicosocial es un tratamiento, complementario del farmacológico y del psicoterapéutico, y que consta de una batería de diferentes técnicas de abordaje fundamentalmente dadas en forma grupal (talleres expresivos, artísticos, de habilidades sociales, de preparación para lo laboral, grupos terapéuticos, asambleas semanales, reuniones multifamiliares, psicoeducación, etc.). Este dispositivo de tratamiento se da en un formato de comunidad terapéutica o de centro diurno donde los pacientes concurren diariamente, de lunes a viernes, con 4 a 6 horas de permanencia y con un soporte técnico de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales y docentes-talleristas. Uno de los programas referentes en el mundo fue creado por el psiquiatra Ramón Blasi, en un barrio de Barcelona que funciona en su globalidad como una comunidad terapéutica desde 1989, llamada Arapdis. Allí se brinda una cobertura integral del paciente, su familia y su entorno, buscando su recuperación e integración a la comunidad, en un modelo de progresión lineal hacia la vinculación o re-vinculación con la misma.

Como estrategia de tratamiento de la esquizofrenia, la rehabilitación con sus diferentes intervenciones psicosociales (entre las que puede incluirse o no un grupo

terapéutico de orientación psicoanalítica), se plantea también mantener estables los síntomas positivos como delirios y alucinaciones, y disminuir los síntomas negativos como apragmatismos, aplanamiento afectivo, abulia y apatía que son los que selecciona el programa de Blasi (1989). También se plantea como objetivos disminuir el número de internaciones y recaídas, y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias.

3. b.1 La rehabilitación psicosocial hacia el modelo de recuperación

Los movimientos de los usuarios de servicios de salud mental, extendidos a lo largo de varios países en el mundo, pero desarrollados fundamentalmente en España, han ido contradiciendo las perspectivas tradicionales acerca de la evolución hacia el deterioro y el pronóstico catastrófico de las enfermedades mentales como la esquizofrenia (Díaz del Peral, 2013). Estos movimientos de familiares y usuarios proponen una nueva perspectiva de atención en salud mental que promueva alternativas que posibiliten una vida satisfactoria y productiva para las personas con enfermedades mentales crónicas. Esto implica empoderarse de su tratamiento y volver a tener “(...) esperanza-ilusión como factor dinamizador (...) incentivando sus capacidades y señalando las potencialidades de control existentes sobre el mismo” (Díaz del Peral, 2013:39). De esta manera el modelo de recuperación es una nueva perspectiva de atención en salud mental, que transversaliza todos sus abordajes, y que implica un cambio de actitud en la persona con enfermedad mental, quien define por sí misma la construcción de un proyecto de vida más allá de sus síntomas, como retoma el español Díaz del Peral (2013) también desde otros autores.

Este modelo es el resultado de la evolución histórica de la atención a la salud mental, que pasa de trabajar con el loco-enfermo, como ya se ejemplificó con los planteos de Foucault (1969), a hacerlo con un ciudadano con derecho a tomar decisiones y que ya no solo está junto a un médico-terapeuta sino que cuenta con una red de servicios de atención que están disponibles y accesibles. Así la atención de la salud mental pasa de un modelo de contención-reclusión y exclusión (Foucault, 1969), a uno de tratamiento y rehabilitación, para luego alcanzar la alternativa de la recuperación (Díaz del Peral, 2013). Es un modelo que toma en cuenta los derechos humanos de los pacientes y su dignidad como personas en primera instancia. El otro aspecto a tener en cuenta en el modelo de recuperación es quién define las necesidades de las personas con enfermedad mental, Gómez Beneyto en el 2010 recoge las transformaciones que tuvo la asistencia en salud mental y propone el siguiente proceso de cambio: eran la institución asilar y el manicomio quienes definían originariamente

las necesidades de sus usuarios, luego en el hospital psiquiátrico fue el personal técnico y profesional quien las definió, desde allí se pasa a una atención comunitaria donde los profesionales participan a los pacientes y a sus cuidadores sobre las decisiones a tomar en la atención, hasta que con el modelo de recuperación son los propios usuarios de los servicios de salud mental quienes deciden y definen sus necesidades asistenciales, con el asesoramiento de los profesionales (Díaz del peral, 2013). Este movimiento implica tener presente la incidencia que tiene el estigma social sobre quien padece una enfermedad mental y sobre su familia, y las consecuencias que esto tiene en el auto estigma y las dificultades para el acceso de los pacientes a los tratamientos. De esta manera se plantea la necesidad de combatir el estigma sobre la enfermedad mental con estrategias que implican las protestas, la educación e información, y el contacto directo con esta población, sin exclusión ni estigma (Núsch et al, 2006). Trabajar conjuntamente con las personas que requieren de los servicios de salud mental para vencer el auto estigma que los avergüenza y los aísla de dichos lugares de atención, es uno de los fundamentos del modelo de recuperación que posibilita una asistencia digna y basada en los derechos humanos (Díaz del Peral, 2013).

3. b.2 Caracterización del proceso de rehabilitación psicosocial del estudio

El Centro de rehabilitación psicosocial donde se realiza este estudio, es uno de los servicios de salud que forma parte de la red de asistencia en salud mental de ASSE, que parte de una concepción de salud mental que forma parte del cuidado integral de la salud. Su enfoque está basado en la promoción de una atención humanizada, con acceso equitativo y continuado para personas en situación de vulnerabilidad socio económica y con patología mental severa y persistente (RNSM-ASSE, 2013). Se trata de un dispositivo comunitario de abordaje y tratamiento para la salud mental, que combate el modelo centrado en la atención hospitalaria, la exclusión del enfermo mental y el riesgo de su estigmatización.

Dentro de este estudio se entiende como dispositivo lo planteado por Rodríguez Nebot (2004) de un lugar de mirada, de lectura y de comando, que constituye una estructura analizadora del trabajo que se lleva a cabo en dicho lugar, y de la producción de los propios objetivos que se persiguen con dicho trabajo. El Centro es un dispositivo asistencial intermedio, situado entre la institución hospitalaria por un lado, y la familia y su comunidad por otro, que ofrece una atención diurna diaria para favorecer la rehabilitación, la resocialización y la inclusión comunitaria de los pacientes que concurren. Se resalta la importancia de que esta prestación de salud se desarrolla en la comunidad y junto a la

misma, y que prioriza los dispositivos grupales de atención como talleres, asambleas, grupos terapéuticos y reuniones multifamiliares. A su vez el Centro se encuentra enmarcado en el proceso de transformación de la atención en salud mental, orientado hacia el modelo de recuperación de la misma (Díaz del Peral, 2013). Dicha orientación promueve el empoderamiento de los pacientes, de sus tratamientos, como usuarios de servicios de salud y de asistencia que son.

El abordaje institucional en el que se basa el Centro corresponde al de una Comunidad Terapéutica, que prioriza el trato cotidiano humanizado y equitativo entre técnicos y no técnicos, sin perder la diferenciación del lugar de cada uno. Las interacciones cotidianas transcurren en un ambiente protegido que las propicia, a modo de una estructura social con roles, funciones y jerarquías definidas, pero con menor nivel de tensión y de exigencia al que transcurre fuera del Centro. Este aspecto implica el ejercicio sobre habilidades sociales que se vieron menoscabadas por el proceso de la enfermedad.

A los objetivos generales anteriormente planteados de la rehabilitación psicosocial, en el Centro donde se realiza el estudio se le agregan la búsqueda de inclusión comunitaria de los pacientes con un mayor nivel de actividad social, laboral y psicológica que les permita la integración en la comunidad, una mejora de su calidad de vida, y la construcción de un proyecto vital propio y realista. Además este Centro se enmarca en una concepción de la rehabilitación psicosocial que define a la misma como un dispositivo de tratamiento integral de la esquizofrenia, que trabaja con un proyecto individualizado de tratamiento, sobre los recursos sanos y conservados de los pacientes, en pos de su inclusión social. Su estrategia de abordaje se orienta hacia el empoderamiento de sus usuarios (ya no entendidos como pacientes), para lograr una mayor independencia y autonomía en su funcionamiento afectivo, vincular y social. Estos lineamientos interactúan con la lucha contra el estigma social y el auto estigma de los pacientes, de padecer una enfermedad mental.

3. c Psicoanálisis y grupo

En este punto corresponde alertar que el psicoanálisis freudiano creó un dispositivo analítico y terapéutico individual y que fueron autores posteriores, mayoritariamente a partir de la década de los años 50, los que introdujeron el abordaje grupal con fundamentación psicoanalítica. A su vez amerita tener en cuenta que los autores que se abocaron al trabajo en dispositivos vinculares tanto con parejas, familias o grupos, lo hicieron fundamentalmente sobre el campo clínico de las neurosis y no de las psicosis.

Para organizar las referencias teóricas fundamentales tomadas en este estudio sobre el trabajo terapéutico grupal con orientación psicoanalítica para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se toman algunos aportes desde tres perspectivas entendidas como básicas: la escuela inglesa o anglosajona, la escuela francesa, y la perspectiva de la rehabilitación psicosocial con su modelo actual de recuperación de la enfermedad mental. Las dos primeras son escuelas psicoanalíticas que teorizaron sobre el trabajo terapéutico grupal y que en este estudio se integran, con algunas de sus nociones básicas, a un dispositivo específico que está incluido dentro de un programa de rehabilitación psicosocial que abarca otros abordajes grupales.

3. c.1 La perspectiva anglosajona

Las ideas pioneras del psicoanalista Bion, perteneciente a la escuela inglesa del pensamiento psicoanalítico, fueron centrales para el pasaje de una concepción del grupo desde la psicología social a la concepción psicoanalítica del mismo, según lo plantea el psicoanalista argentino Marcos Bernard (1995). En el trabajo clínico para la rehabilitación de víctimas de la guerra, en la década de los años 40, Bion (1976) introduce el tema de la incidencia de lo imaginario en los grupos. Este autor (Bion, 1976) entiende lo imaginario como producción de fantasías colectivas inconscientes en los grupos, fantasías inconscientes que circulan, como cogniciones y representaciones inconscientes, entre los integrantes del grupo. Bion (1976) se basa en concepciones freudianas y considera que el psiquismo del sujeto se constituye a través de sus relaciones de objeto. Este autor muestra como en el grupo se produce un funcionamiento que se da en la tensión entre las posibilidades de trabajo y de diferenciación que otorga un grupo a sus integrantes en un sentido, y la actividad regresiva, primaria que obstaculiza la tarea y la consecución de objetivos en otro sentido, según trae Bernard (1995).

Los planteos específicos sobre terapia de grupo que hace Bion (1976) se centran en el tratamiento de pacientes neuróticos, por lo tanto la extrapolación al trabajo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia debe ser tomada con los recaudos que implica esta patología en sí misma. Para lograr los objetivos de que en un grupo se genere una actividad cooperativa entre sus integrantes, que permita la consecución de tareas y la consecución de los logros propuestos tanto a nivel terapéutico como otros, se debe alcanzar “El buen espíritu de grupo (...)” (Bion, 1976:26). Este buen espíritu condice con una buena actividad del grupo, equiparada por este autor a la buena salud y a las posibilidades de cooperación entre sus individuos, y que consiste en las siguientes características: tener un propósito

común, que todos sus integrantes reconozcan los límites del grupo así como sus posiciones y funciones dentro y fuera del mismo, tener flexibilidad para perder y agregar nuevos integrantes, que la formación de subgrupos internos no desconozca la prevalencia del grupo principal, que se valore a cada individuo por sus características sin perder las condiciones impuestas por el grupo, poder enfrentar el descontento interno con posibilidades de trabajarlo y finalmente contar con al menos tres personas como mínimo para generar relaciones interpersonales (Bion, 1976).

Otro de los aportes de Bion (1976) a la dinámica grupal tiene que ver con lo que se define como valencia, y que consiste en la capacidad intrínseca de cada individuo para combinarse con otros, para agruparse. Es un concepto que en este estudio será considerado como fundamental, ya que apela al recurso sano que debe potenciar el trabajo grupal con pacientes que tienen diagnóstico de esquizofrenia. Estimular la capacidad intrínseca para vincularse con otros y establecer relaciones interpersonales, aspecto que se encuentra disminuido por la enfermedad, es uno de los objetivos terapéuticos del trabajo grupal con estos pacientes: "(...) en mi opinión, solo puede no tener valencia si, en lo que hace a la función mental, deja de ser humano." (Bion, 1976:95). Esta combinación entre individuos, según Bion (1976), se dará en torno a pautas de conducta establecidas que conllevan emociones asociadas y que él denomina supuestos básicos. Hay tres supuestos básicos que define, y que pueden no ser considerados en su aplicabilidad a la dinámica grupal establecida por integrantes con diagnóstico de psicosis: el de dependencia, el de ataque y fuga y el de apareamiento (Bion, 1976). El de dependencia tiene que ver con el sostén que busca el grupo en un líder del cual depende para nutrirse y protegerse y sin el cual el grupo siente que no puede funcionar; el de apareamiento hace referencia a un clima de expectación y esperanza futuras depositadas en un líder-mesías por venir y que salvará al grupo de sus dificultades y que lo proveerá de sus expectativas; y el de ataque y fuga como aquel supuesto básico que remite a la proyección de los aspectos persecutorios de sus integrantes sobre algo que amenaza y del cual se debe huir o se lo debe atacar para defender la integridad del grupo (Bion, 1976). Estas pautas de conducta y emociones, que si se coagulan en el funcionamiento grupal pueden entorpecer las tareas y objetivos propuestos en dicho trabajo, pertenecen al registro neurótico del funcionamiento psíquico, según el mismo Bion lo plantea (1976). El análisis de una dinámica grupal con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, basado en los supuestos básicos, debe ser rigurosamente detallado y asociado estrictamente al material en sí, ya que el funcionamiento psíquico en las psicosis en general tiene otras características. Las ansiedades persecutorias, los aspectos ideales y megalomaniacos y la falta de autonomía de estos pacientes (Gabbard, 2000), son asimilables parcialmente a los supuestos básicos bionianos.

Serán necesarios para ser tenidos en cuenta en el análisis posterior de datos, los conceptos de mentalidad grupal definida como “(...) la expresión unánime de la voluntad del grupo (...)” (Bion, 1976:53), y cultura de grupo definida como “(...) aspectos del comportamiento que parecían surgir del conflicto entre la mentalidad grupal y los deseos del individuo.” (Bion, 1976:53). Ambos conceptos tienen que ver con los objetivos terapéuticos que se establecen con este grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: poder llegar a construir objetivos de trabajo grupales comunes a todos sus integrantes, donde se reconozcan las contribuciones de cada uno, pero potenciando la creación de una dinámica grupal de trabajo, que prevalezca por sobre los intereses individuales. Esta cultura de trabajo de grupo apela a rescatar las posibilidades de pensar y de cooperar en pos de la consecución de objetivos comunes, que se contraponen a lo planteado por Freud entre 1913 y 1921 acerca de la actividad regresiva que potencia el grupo en los individuos, según lo trae el mismo Bion (1976). Si en este último punto Bion (1976) no hubiera confrontado esa postura freudiana, se consideraría inviable el trabajo terapéutico grupal con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, entendida como una patología que fractura al aparato psíquico y que compromete el estar en el mundo con otros (Nasio, 2001).

3. c.2 La perspectiva francesa

En este capítulo cabe aclarar nuevamente la especificidad del trabajo terapéutico con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con un funcionamiento psíquico atravesado por las dificultades en mantener el juicio de realidad (Kernberg, 1987) y con la escisión como mecanismo defensivo fundamental que divide y aísla las representaciones contrapuestas sobre un mismo objeto. Estos aspectos se relacionan con las características del establecimiento precario de las relaciones de objeto (Gabbard, 2000) en estos pacientes y las dificultades clínicas que esto conlleva, sobre todo en los dispositivos grupales. Los postulados sobre psicoanálisis grupal de los autores franceses tomados, están referidos a pacientes con un funcionamiento psíquico neurótico, lo que corresponde a un encuadre de trabajo donde se despliegan los contenidos inconscientes de manera distinta a lo que ocurre con los pacientes con algún tipo de psicosis. En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es el mundo delirante el que tiende a desplegarse una vez atravesada la reticencia, más que los contenidos inconscientes neuróticos y las fantasías que vencen la resistencia neurótica al servicio de la represión (Ey, 1969). La manifestación de contenidos delirantes impregna el trabajo terapéutico grupal con otro nivel de demandas y de necesidades de límites y de contención que lo que acontece en el trabajo con pacientes neuróticos.

Los autores franceses Kaës y Anzieu (1979) sostienen una concepción del grupo como lugar de apuntalamiento y de apoyo, donde el sujeto y el vínculo se generan recíprocamente. Parten de una concepción del psiquismo que se construye a partir de los grupos con los que interactúa un sujeto desde que nace. Es por esto que la propia dificultad del estar con otros, que tienen las personas que padecen esquizofrenia, se torna una materia constitutiva de la necesidad de trabajar en grupo. Estos autores plantean conceptos complejos de asimilar en la clínica grupal con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, como la noción de aparato psíquico grupal como constructo fantasmático construido a partir de las fantasías inconscientes de los integrantes, que circulan en la dinámica grupal generada dentro del proceso terapéutico. Este es un planteo que no es directamente asimilable al trabajo clínico con un grupo integrado por pacientes con psicosis, ya que la diferenciación entre el mundo interno y el mundo externo, el yo y los otros, se ve comprometida.

Estos autores franceses plantean conceptos fundamentales en el trabajo psicoanalítico grupal como lo son lo imaginario en los grupos, la ilusión grupal, el liderazgo que expresa la resistencia, el proceso ideológico, la regresión, el aparato psíquico grupal y el análisis de la intertransferencia (Kaës y Anzieu, 1979). Algunos de estos conceptos sobre las construcciones propias de la clínica psicoanalítica de los grupos, tienen sus antecedentes en los planteos de Bion e incluso también del propio Freud, según se rescata en el texto de Marcos Bernard (1995). Esto se observa en la adjudicación y asunción de liderazgos, y en la regresión hacia funcionamientos más arcaicos que se da en los grupos, dinámicas que operan como obstáculos y resistencias para el logro de los objetivos de trabajo planteados por un grupo. Ante las dificultades de generar un proceso ideológico de pensamiento, como posible proceso intelectual en los grupos, se plantea como obstáculo la supremacía de la regresión y del registro imaginario e ilusorio por donde transitan los participantes de un grupo (Kaës y Anzieu, 1979). Lograr que se genere dicho proceso ideológico de pensamiento en un grupo, está asociado a la construcción de una cadena asociativa grupal (Kaës y Anzieu, 1979) que se va dando a partir de la secuencia de intervenciones de los participantes del grupo, con interacciones entre lo que cada uno verbaliza. Así se genera la dinámica del grupo y se promueve el proceso terapéutico. Este último aspecto implica en el trabajo con pacientes con psicosis, traspasar la comunicación radial hacia los coordinadores y promover la interacción entre los propios participantes.

Para el trabajo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia apelar a poder hablar y pensar acerca de algunos aspectos de su mundo interno ya es un logro del proceso terapéutico grupal. Sin perder los recaudos necesarios para que la actividad regresiva inherente al estar en grupo, no se torne un riesgo de pérdida de la estabilidad sintomática

con la que se encuentren los integrantes del mismo. El concepto y la necesidad técnica de tener en cuenta la intertransferencia que se genera entre los integrantes del grupo y entre la pareja de terapeutas que co-coordina el grupo, es imprescindible para tolerar el impacto que genera el trabajo con pacientes con patologías graves como la esquizofrenia. De este modo ese impacto se comparte entre los coordinadores y se trabaja en pos de integrar y reintegrar al grupo las formas de la intertransferencia que obstaculicen el proceso terapéutico.

El psicoanalista argentino Bernard rescata por sobre las dificultades del proceso terapéutico, al trabajo grupal: “El grupo cumple una función en la economía psicológica del ser humano. Tan necesaria es la pertenencia a un conjunto vincular (aunque sea virtual) como poder soñar, en tanto en ambos casos se posibilita un despliegue del inconsciente que parece ser imprescindible para el buen funcionamiento del psiquismo. (...) las necesidades de supervivencia tenderán a organizar el vínculo para optimizar su interacción con el mundo exterior (...)” (Bernard, 1995:162). Por lo tanto el trabajo terapéutico grupal es una apuesta a generar procesos de pensamiento y de intercambio verbal que enriquezcan a sus participantes con la posibilidad de poner en palabras sus ideas y sentimientos, generando así canales de comunicación con otros y posibles relaciones interpersonales.

El grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, en el que se centra este estudio, es un espacio de soporte y contención del mundo interno de sus participantes, que en varios de ellos está atravesado por pensamientos delirantes. Este grupo promueve la posibilidad de una actividad más realista entre ellos y la construcción de relaciones interpersonales de cooperación para llevar adelante un proceso terapéutico. Este proceso se da en un encuadre con orientación psicoanalítica, con la postura de neutralidad y abstinencia por parte de su coordinación, que preserva la privacidad del grupo y posibilita así el ambiente de confianza y respeto necesarios para que sus integrantes logren manifestarse con sus ideas y pensamientos, para promover el proceso grupal. Desde la concepción psicoanalítica del trabajo terapéutico grupal se trabaja en transferencia, no así con la transferencia misma, y con los recaudos éticos necesarios y específicos por tener sus integrantes un diagnóstico de esquizofrenia y la vulnerabilidad y fragilidad que esto conlleva.

3.c.3 La orientación psicoanalítica del grupo del estudio

La orientación psicoanalítica del trabajo terapéutico llevado a cabo con el grupo específico sobre el cual se llevó adelante este estudio, está dada por algunos de los aportes teóricos mencionados anteriormente, adaptados a la particularidad del dispositivo específico.

Lo esencial está dado por la escucha psicoanalítica sobre aspectos que van más allá de los manifiestos en los discursos de los pacientes en las sesiones, y que busca rescatar la capacidad de contactar y de estar con otros a partir del sentido propio de la comunicación verbal que se establece entre estos pacientes. Esta escucha rescata lo fundamental de la valencia bioniana (Bion, 1976) sobre lo propio de lo humano de se produce al estar en grupo con otros. Es una escucha de las terapeutas que también se promueve entre los integrantes del grupo, siempre neutral y abstinentemente de estigmatizar al otro por tener una enfermedad mental. La clínica de la escucha de los contenidos delirantes que se manifiestan en los participantes del grupo, característicos de algunos aspectos de su patología, es inédita en la mayoría de los pacientes. Por eso se promueve un encuadre de trabajo estable y continente que permita el despliegue de dichos contenidos por parte de los pacientes, y el trabajo terapéutico sobre los mismos respetando su sentido particular y confrontándolo con el juicio de realidad (Kernberg, 1987).

La técnica psicoanalítica que orienta este proceso terapéutico no busca levantar represiones para acceder al inconsciente (Chemama, 1998), sino habilitar el despliegue y abordaje del mundo delirante y alucinatorio que afecta las relaciones interpersonales y la inclusión social de estos pacientes. El método empleado mantiene el trabajo clínico psicoanalítico basado en la palabra y las verbalizaciones de los pacientes, bajo la regla fundamental de abstenerse de críticas que coarten la comunicación y con la postura de las terapeutas, receptiva, abierta y disponible para escuchar lo que los pacientes tengan para decir (Chemama, 1998). Esta postura implica el trabajo y la alerta constante sobre el riesgo de estigmatizar y discriminar a los pacientes ante el despliegue de un mundo interno delirante e incompatible, y sobre el riesgo de aliarse con el auto estigma que tienen por padecer una enfermedad mental.

Las herramientas terapéuticas que se utilizan desde una postura ética psicoanalítica, que asume la responsabilidad de llevar a cabo el trabajo terapéutico con este grupo en particular, son los señalamientos y orientaciones que promuevan la construcción de una cadena asociativa grupal (Kaës y Anzieu, 1979). Este aspecto del trabajo clínico implica habilitar la interacción y el intercambio entre los pacientes participantes del grupo, que genere una comunicación entre ellos y no solo radialmente hacia las terapeutas coordinadoras. La interpretación de contenidos inconscientes no se justifica y solo se recurre, si corresponde, a la interpretación de contenidos delirantes a partir de la confrontación con el juicio de realidad si es necesario para la continuidad del proceso terapéutico. Por otra parte el grupo también sostiene y contiene las incertidumbres y enigmas a los que en varias sesiones se ven enfrentados los pacientes al animarse a verbalizar estos aspectos delirantes y alucinatorios.

Los aspectos transferenciales que se trabajan específicamente en este grupo y que se realiza fuera del ámbito terapéutico, solo entre las coordinadoras, tiene que ver con la intertransferencia (Kaës y Anzieu, 1979) que se produce entre las terapeutas y que responde al impacto del trabajo clínico con pacientes con patologías mentales severas y persistentes, como los que integran este grupo.

3.c.4 El grupo terapéutico de orientación psicoanalítica en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

Para el abordaje grupal de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, la psicoterapia de grupo nació en EE.UU. a principios del siglo XX, basada fundamentalmente en consejos y técnicas didácticas que se le ofrecían a los pacientes, siendo Eduard Lazell uno de sus pioneros en 1921, según refieren los autores españoles Tort Paradell et al (2007). En los antecedentes fueron relevadas diferentes perspectivas del trabajo con grupos para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el marco de la rehabilitación psicosocial, que se centran fundamentalmente en la teoría cognitivo conductual, la psicoeducación, el trabajo con familiares y el apoyo a la adherencia al tratamiento farmacológico.

Las referencias teóricas psicoanalíticas básicas para el trabajo terapéutico grupal, están orientadas fundamentalmente a los pacientes con neurosis y no así a los diagnosticados con esquizofrenia específicamente, aunque haya aspectos que puedan extrapolarse. Es Gabbard (2000) uno de los autores que desde la psiquiatría psicodinámica con fundamento psicoanalítico, plantea este abordaje como posible y se toma entonces como referente para la descripción de este estudio. Así se define que el grupo en este estudio trabaja con pacientes que alcanzaron estabilidad en sus síntomas positivos (delirios, alucinaciones y desórdenes conductuales) y que logran así tolerar los múltiples estímulos que genera el abordaje grupal. Este grupo es un apoyo para la organización y la preparación de sus participantes enfocada hacia su reinserción social y comunitaria. Brinda además de apoyo, un espacio donde generar la confianza entre sus participantes y permitir así el abordar sus preocupaciones, su mundo interior y el tratamiento del estigma social que tienen por padecer una enfermedad mental. El grupo terapéutico cuenta con las mismas posibilidades que otorga la psicoterapia personal para estos pacientes (Gabbard, 2000) como ser: lograr estabilización clínica de síntomas, desarrollar la alianza terapéutica, psicoeducar, generar conciencia de la movilización afectiva ante situaciones de estrés, dar oportunidades para la introspección y para el manejo y resolución de conflictos. Este

abordaje se implementa ajustando las intervenciones para cada paciente en particular y según el momento específico que se transite en el grupo.

El logro de al menos un nivel medio de actividad global en lo psicológico, social y laboral, según la Escala de Evaluación de la Actividad Global (DSM-IV, 1995) son otros de los aspectos que se trabajan en este grupo y en el proceso de rehabilitación en el que está inscripto. Este punto implica la evaluación de uno de los ejes, el número V, concerniente a determinada área de donde el clínico recoge información para plantear un tratamiento y realizar un pronóstico (DSM-IV, 1995). El eje V corresponde al nivel de actividad que logra tener el sujeto en términos globales, en relación a la actividad psicosocial, social y laboral, y que se mide en el momento actual en el que se realiza la evaluación. La noción de progreso en el nivel de actividad global es lo que orienta al clínico en la medición que realiza sobre los logros alcanzados por un sujeto (DSM-IV, 1995).

Estas últimas referencias teóricas sobre los grupos terapéuticos y la rehabilitación psicosocial serán las que prevalecerán en las categorías de análisis tomadas para los datos recabados por las sesiones del grupo terapéutico en estudio.

4. Preguntas y objetivos

A partir del relevamiento de antecedentes publicados sobre la temática del estudio, surge que la orientación psicoanalítica de los abordajes terapéuticos grupales para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, no es la que prevalece en el marco de la rehabilitación psicosocial. Contar con el acceso a la información de una experiencia clínica de esa índole, generó los interrogantes disparadores de este estudio. La necesidad de sistematizar esos datos y dar a conocer la información que surge a partir del análisis de los mismos, vehiculiza la creación de nuevos antecedentes en el país para futuras investigaciones sobre la temática.

4.a Preguntas iniciales de la investigación

En el Centro de rehabilitación psicosocial donde se desarrolla el estudio, que está organizado como centro de día y con modelo de comunidad terapéutica, el programa para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia está pensado para ser transitado por al menos dos años. Dentro de todos los pacientes que inician el mencionado programa, no todos tienen indicada su participación en el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica que allí se lleva a cabo. Se requiere que estos pacientes tengan cierta estabilidad sintomática, que no denoten riesgo de recaídas, buen nivel intelectual que posibilite centrarse en el intercambio verbal con otros y potencial evidente para la interacción grupal. Es así que por tratarse de un dispositivo específico indicado para un grupo particular de personas, surgen interrogantes sobre la participación en dicho grupo.

Por ser uno de los objetivos planteados por el Centro el que los pacientes logren un nivel intermedio de actividad global que opere contra su sintomatología negativa, es que se plantea la pregunta sobre el nivel alcanzado luego de un trayecto de al menos más de un año por el grupo terapéutico. A su vez por los escasos antecedentes sobre la orientación psicoanalítica del trabajo grupal dentro de los programas de rehabilitación psicosocial, es que resulta pertinente considerar la relevancia o no de la integración de este dispositivo específico en un Centro estatal del interior del Uruguay, en otros programas de rehabilitación psicosocial.

Por los motivos expuestos y por la intención de generar antecedentes para futuras investigaciones es que se formulan las siguientes preguntas que serán guías del estudio:

1) ¿Cómo es la incidencia de la participación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial?

2) ¿Cómo es la valoración que hacen estos pacientes del contar con este grupo terapéutico dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial?

3) ¿A qué nivel de actividad global en lo psicológico, social y laboral, llegan estos pacientes luego de un año y medio de participación en el grupo terapéutico?

4) ¿Se debe considerar incluir este tipo de dispositivos de grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, dentro de los procesos de rehabilitación psicosocial para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

4. b Objetivos

En relación a los interrogantes planteados anteriormente a partir de una práctica clínica específica y por los planteos tomados dentro del marco referencial teórico para el estudio de dicha práctica, se arriba al objetivo general y a los específicos que se detallan a continuación. Los antecedentes recabados para el estudio ratifican a su vez la pertinencia del planteo de los objetivos a ser alcanzados con la conclusión del estudio, ya que sientan precedentes de sistematización de datos recabados a partir de una práctica clínica implementada en un servicio de atención sanitaria público estatal.

Objetivo general:

Realizar un estudio descriptivo de la incidencia de un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, para generar antecedentes de la inclusión de estos grupos en estos programas de tratamiento.

Objetivos específicos:

1) Evaluar el logro y mantenimiento de la estabilidad sintomática de la esquizofrenia en los pacientes que asistieron regularmente un año y medio al grupo terapéutico dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial.

2) Visibilizar cuál es la valoración que tienen los pacientes del dispositivo de grupo terapéutico, dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial.

3) Describir el nivel de actividad global en lo psicológico, social y laboral que alcanzaron los pacientes que participaron un año y medio del grupo terapéutico, dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial.

4) Establecer cuál es la perspectiva de la implementación de grupos terapéuticos con orientación psicoanalítica, dentro de los procesos de rehabilitación psicosocial para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

El último objetivo específico estará vinculado a la evaluación que se desprenda de los tres objetivos específicos anteriores, ya que la perspectiva de la implementación de este tipo de grupos depende en gran medida de que sea considerado un recurso valioso para los pacientes que lo integran y que contribuya al cumplimiento de objetivos generales de la rehabilitación psicosocial como el mantenimiento de la estabilidad sintomática y del nivel medio de actividad global de los pacientes.

El camino que se recorrerá para alcanzar los objetivos planteados tiene que ver con lo que Marradi (2007) plantea como el método elegido para llegar a ese fin.

5. Diseño metodológico

El diseño del estudio se realizó con una metodología cualitativa de tipo descriptivo (Ruiz Olabuenaga, 2003), por considerarse ésta la más ajustada para cumplir con los objetivos del mismo. La descripción detallada de un fenómeno particular busca profundizar la comprensión del mismo y dejar precedentes para investigaciones futuras. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo donde los datos no van más allá de los pacientes y del Centro en cuestión y donde no se busca generalizar ni llegar a conclusiones de causa efecto acerca de la incidencia de la participación en un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica. Se describen las circunstancias de funcionamiento de un grupo terapéutico y características de sus participantes como fenómeno particular y se busca responder los interrogantes que surgen a partir del trabajo clínico con dicho grupo. Los estudios descriptivos no generalizan sus resultados y son generadores de antecedentes para futuras investigaciones y sistematizaciones de una práctica.

Para la elección del diseño metodológico se tuvo en cuenta que: “Resulta prácticamente imposible lograr un contexto experimental que permita garantizar la llamada calidad metodológica de los ensayos, mientras en contrapartida, cuando se logra ese contexto artificial, más alejado está del entorno real de vida del paciente y por lo tanto más difícil se hace la generalización de los resultados.” (Tost Pardell et al, 2010:138). Este estudio no se diseñó específicamente como un estudio de caso por no trabajar con una muestra integrada por un solo sujeto ni por tan pocos como para ser definido así (Marradi, 2007), y porque se estudian aspectos del grupo en su totalidad y de sus integrantes en particular.

Para el desarrollo de este diseño metodológico se seleccionaron tres técnicas de recolección de datos. La utilización de los diferentes textos que produjeron cada una de las técnicas seleccionadas para este estudio, tuvo como objetivo minimizar los sesgos de la investigación y acotar las implicancias profesionales de quien investiga. La combinación de diferentes fuentes de datos permitió de esa forma triangular la información obtenida a modo de control del estudio ante la participación profesional de quien investiga (Taylor y Bogdan, 1987).

Las técnicas seleccionadas fueron entonces:

- 1) Realización de entrevistas psicológicas, semi estructuradas (Bleger, 1977) y con un guion definido que indagó sobre el valor que le otorgaron estos pacientes a su tránsito por el grupo terapéutico dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial.

2) Aplicación de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) con la que el DSM-IV (1995) puntúa y conceptualiza desde un juicio clínico, los niveles psicológico, social y laboral de esta actividad global. Este aspecto corresponde al eje 5 del diagnóstico multiaxial del DSM IV (1995), donde se recoge la información clínica sobre la actividad global del paciente.

3) Análisis documental del registro en las historias clínicas que tiene el Centro de RHPS sobre dichos pacientes, y de las notas de transcripciones literales y completas de las sesiones del grupo realizado por las coordinadoras del grupo terapéutico, durante el año y medio de trabajo estipulado.

Descripción de cada una de las técnicas utilizadas:

1. Entrevista psicológica: es el instrumento fundamental del método clínico, tanto para la investigación como para la actividad profesional, que persigue objetivos psicológicos y que implica una relación particular entre un técnico y otro que requiere esa intervención (Bleger, 1977). Se utilizó la técnica de la entrevista como una forma de recolectar información y obtener datos para analizar y formular los resultados en función de los objetivos de la tesis. Continuando con los planteos de Bleger (1977) y agregándole los de Marradi et al (2007), los tipos de entrevista van de un polo en el que se encuentra la entrevista abierta, libre de preguntas pre determinadas, al polo del cuestionario o encuesta. Dentro de esta técnica se realizó una entrevista psicológica, semi estructurada, como punto intermedio entre la entrevista abierta y el cuestionario, donde estuvo también la subjetividad del entrevistador y del entrevistado puesta en juego como característica de este tipo de entrevistas, pero en un grado menor a lo que sucede en las entrevistas abiertas.

Se confeccionó un guion que guió la entrevista, sin llegar a ser esto un cuestionario y se seleccionaron entrevistados que brindaron una información relevante al tema de investigación, que fueron accesibles y estuvieron dispuestos consintiendo brindar información precisa. Una entrevista abierta no se hubiera ajustado a las necesidades de recolectar cierta información y menos aún si se daba con estos pacientes con la retracción propia de su diagnóstico de esquizofrenia. Se consideró a Valles (1999) y su alerta sobre las ventajas y desventajas de esta técnica, que si bien brinda más información para indagar a posteriori, complementa otras técnicas y permite una mayor intimidad (además de ser también una de las técnicas más usadas en la investigación en ciencias sociales), tiene como desventaja que la entrevista en si misma genera reactividad en los entrevistados y puede condicionar la información vertida, viéndose así cuestionada su fiabilidad y validez. Las dificultades específicas que se dieron en el transcurso de la aplicación de esta técnica, se detalla en el análisis de los datos a los que se accedió.

En el campo de la psicología clínica es una técnica ineludible al menos de acercamiento primario hacia los sujetos a ser investigados. Se resume el uso de esta técnica con una cita que define a la entrevista en su dimensión social y que la rescata en su profundidad como técnica de recolección de información: “La entrevista de investigación social podría concebirse como una forma especial de conversación profesional. (...) En definitiva, siguiendo a Alonso (1998), podemos definir la ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD como una forma especial de conversación entre dos personas (...), dirigida y registrada por el investigador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional continuo y con cierta línea argumental por parte del entrevistado, acerca de un tema de interés definido en el marco de la investigación.” (Marradi et al, 2007: 216).

2. Escala EEAG del DSM-IV (1995): esta Escala mide el funcionamiento psicosocial global del individuo desde el juicio y perspectiva del clínico. La evaluación se realiza a lo largo de un continuum de salud-enfermedad. Consta de un único ítem puntuado entre 1 y 100, donde a mayor puntuación, mejor nivel de actividad. Evalúa clínicamente no solo con la puntuación, sino también con un juicio clínico que conceptualiza la actividad global de los pacientes con patologías psiquiátricas, a nivel psicológico, social y laboral. Es de destacar también que esta Escala se encuentra validada en la Argentina. La fundamentación de la utilización de esta técnica que se basa en que su aplicación va más allá de la cuantificación de un dato, sino que también aporta elementos clínicos a través de un juicio asociado al ítem puntuado sobre el estado actual del paciente en los aspectos de actividad mencionados, los cuales son valorados dentro de los procesos de rehabilitación psicosocial. Alcanzar un nivel de actividad global que llegue y supere el puntaje medio (50 puntos en la Escala) es uno de los objetivos generales de este tratamiento. Se selecciona también con esta técnica otra perspectiva para generar información, la cual aporta datos que enriquecen y posibilitan triangular la información vertida por los pacientes en las entrevistas y con los datos de sus historias clínicas y el análisis de las sesiones del grupo.

3. Análisis documental de historias clínicas y de notas de transcripciones del grupo terapéutico: implica el relevamiento del número de internaciones y de abandonos del tratamiento que los pacientes tuvieron antes y durante el trabajo en el grupo terapéutico registrados en las historias clínicas del Centro, como también el reconocimiento de la estabilidad sintomática o remisión de algunos síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia allí registrados. Con la creación de categorías de análisis del material de cada sesión, se analizaron datos sobre la incidencia de lo trabajado en el grupo y algunos de los objetivos planteados en la rehabilitación psicosocial: mayor conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento para disminuir recaídas, disminución de síntomas positivos y

negativos de la esquizofrenia, mejora de la actividad global, y creación de un proyecto vital propio para potenciar el egreso del Centro.

5.a Fundamentación de la elección de una técnica

En este punto se plantea argumentar y justificar la elección, dentro de un diseño metodológico cualitativo, de una Escala cuantitativa para la recolección de datos. Concretamente dar cuenta de la elección de la Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV (1995). Siguiendo con esta perspectiva se cita a un docente e historiador uruguayo que plantea que: “Si apelamos nuevamente a Kuhn, la respuesta a este interrogante resulta bastante directa: los programas de investigación en ciencias sociales requieren renovar una y otra vez sus justificaciones porque los investigadores de esos campos jamás han dado con el mecanismo generador de un consenso inicial que haga “madurar” a estas disciplinas y en consecuencia las coloque en una trayectoria paradigmática, donde estas justificaciones huelgan por obvias.” (Rasner, 2010:15).

Nada resulta obvio en la fundamentación de un estudio o investigación que utiliza una metodología cualitativa, a diferencia de lo que sucede con los que utilizan una cuantitativa. Pero tampoco se debe olvidar y es necesario estar alerta ante la posible ingenuidad que haga saltar la complejidad de los objetos de estudio - sujetos de una investigación - que se abordan en campos del saber de la psicología clínica y más específicamente de la salud y de la enfermedad mental. Es necesario apelar al rigor en la producción de conocimientos y a la sistematización del proceso de producción de saber, para que el conocimiento producido sea replicado, confirmado o refutado por otras investigaciones que aborden ese mismo campo de estudio. Rigor que una metodología cualitativa deberá fundamentar en cada paso de su diseño para la ejecución de una investigación o estudio que pretenda ser abalado y validado por una comunidad científica.

En las ciencias sociales no hay estabilidad ni posibilidad de predecir con certeza el comportamiento de su objeto de estudio, como en el caso de un experimento dentro de las ciencias duras. Esta imposibilidad de predecir exactamente se acrecienta cuando se apela al menos a algunos contenidos inconscientes que surgen en el trabajo con un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, como es el caso de esta Tesis. Como fundamento para estos planteos se toma la siguiente cita: “En cambio, las disciplinas del campo social tienen obvias dificultades, aunque no por cierto imposibilidades, metodológicas para “aplicar” a sus objetos similares consideraciones ya que el comportamiento intencional (si nos atenemos meramente al nivel consciente, ni que decir si introducimos las manifestaciones

de lo inconsciente) de los sujetos o grupos sometidos a estudio hace de éstos parcialmente inasibles y difícilmente clasificables en categorías estables de las cuales puedan abstraerse relaciones constantes, pasibles de formalización y aplicación universal.” (Rasner, 2010:16).

Desde los interrogantes acerca de si es compatible o no en una investigación utilizar métodos cuantitativos y métodos cualitativos conjuntamente, o si esta conjunción altera la confiabilidad y coherencia de la misma (por no haberse superado totalmente el debate entre el dualismo cualitativo versus cuantitativo), se toman algunos planteos que realiza en su trabajo el autor y docente Dr. Ignacio Pardo (2011). En este caso en particular se rescatan sus aportes para fundamentar desde un punto de vista epistemológico el uso de una técnica cuantitativa (la EEAG del DSMIV, 1995) dentro de una metodología cualitativa y en conjunto con otras técnicas también cualitativas (entrevistas y análisis de sesiones). Si bien esto no constituye un método combinado de investigación, en este estudio se trata solamente de la elección de una técnica que se corresponde con un paradigma distinto para pensar la enfermedad mental. Esta técnica se corresponde con un paradigma de la psiquiatría descriptiva y a-teórica, la del DSM IV (1995), que difiere de los paradigmas que fundamentan la investigación cualitativa y los que fundamentan la teoría psicoanalítica.

Para salvar parte de esta problemática posible a la hora de dar solidez al estudio planteado, se aborda una de las diversas posturas que rastrea Pardo (2011) cuando profundiza en las posibilidades de investigar con métodos combinados cualitativos y cuantitativos. Esta postura se refiere a la preeminencia teórica que habilita a la mezcla de distintos paradigmas, por ser esto necesario y relevante para los contenidos de lo que se está estudiando. Postura esta última que tiene sus bases filosóficas y epistemológicas en el pragmatismo, como el mismo Pardo (2011:14) lo plantea: “Desde el pragmatismo el conocimiento es al mismo tiempo construido y basado en la realidad (de nuestra experiencia), por lo que es igualmente importante dar cuenta del mundo material como de los puntos de vista subjetivos.” El pragmatismo fusiona y no mantiene los dualismos paradigmáticos, es una tercer alternativa específica en la investigación ante los pares de opuestos cualitativo y cuantitativo, pero sostiene igualmente el alerta sobre el mantenimiento del rigor y de la coherencia dentro de un estudio (Pardo, 2011). En relación a este enfoque se rescata especialmente lo que Rasner (2010) plantea como no inmadurez en el campo de investigación de las ciencias sociales y humanas, por el hecho mismo de problematizar, asumiendo las debilidades y también las fortalezas que tiene todo el proceso de construcción de saberes en estas áreas. Sobre todo en lo que respecta a las fundamentaciones teóricas y metodológicas que son requeridas en los estudios e investigaciones en el campo social y humano, y que justifican cada paso del proceso de producción de saberes en estas áreas.

Continuando con la utilización específica de la técnica mencionada, tiene de por sí una forma de recolectar datos que puede tornarse cuestionable a la hora de dar validez a los mismos, ya que no fundamenta la asociación que da entre un número y una apreciación clínica o juicio que selecciona quien la aplica o mejor dicho quien realiza la medición. La Escala EEAG del DSM-IV (1995) mide el funcionamiento psicosocial global del individuo desde el juicio y la perspectiva del clínico que evalúa. La evaluación se realiza a lo largo de un continuum de salud-enfermedad y consta de un único ítem puntuado entre 1 y 100, donde a mayor puntuación, mejor nivel de actividad global. Esta Escala evalúa clínicamente no solo con la puntuación otorgada, sino también con un juicio clínico que conceptualiza la actividad global de los pacientes con patologías psiquiátricas, a nivel psicológico, social y laboral. La fundamentación de la utilización de esta técnica dentro de la Tesis, se basa en que su aplicación va más allá justamente de la cuantificación de un dato, y en que también aporta elementos clínicos a través de un juicio asociado al ítem puntuado sobre el estado actual del paciente en los aspectos de actividad relevados. El nivel de actividad global alcanzado en lo social y en lo laboral son aspectos significativamente valorados dentro de los procesos de rehabilitación psicosocial y dentro de los objetivos del Centro donde se realiza este estudio.

En el caso de esta técnica específica, quedan develadas aquí algunas de sus propias debilidades, inherentes a la técnica misma; pero no obstante su utilización como herramienta para ampliar la recolección de datos y su comprensión se considera válida y se justifica en la práctica clínica con pacientes con patologías mentales graves. Es así que de esta manera se apela a la fluidez dada entre los fundamentos epistemológicos de una metodología que se diseña para un campo específico y las necesidades prácticas y técnicas que posibiliten llevarlo adelante: Se cita entonces para ejemplificar a un autor ya referido que dice que: "(...) lo que tenemos por delante sea ampliar lo que comúnmente se ha entendido por reflexividad: no sólo saquemos a luz los presupuestos epistemológicos sobre los que construimos nuestras técnicas y explicitemos el lugar social desde el que investigamos. También problematicemos los vínculos que establecemos entre paradigmas cuando sea necesario; y asimismo el intercambio entre epistemología más abstracta y práctica más concreta de investigación." (Pardo, 2011:9).

Para reforzar lo trabajado hasta aquí se toma el siguiente aporte a modo de cerrar la fundamentación sobre el uso de una técnica que cuantifica datos, dentro de un diseño metodológico cualitativo y descriptivo: "Hay conexión entre lo ontológico, lo epistemológico, lo metodológico y lo técnico, dado que el punto de vista teórico en alguna medida modela la experiencia a nuestro alcance y que por eso no existe la mirada desde ninguna parte (Rasner et al. 2008). Simplemente sucede que tales vínculos son laxos, no inamovibles ni

unidireccionales desde lo deductivo. Fomentar la reflexión sobre tales vínculos entre los diferentes niveles es quizá el principal aporte que se puede hacer con discusiones como la que estamos teniendo aquí.” (Pardo, 2011:11).

5. b Descripción de la muestra

El estudio se llevó a cabo con una muestra que incluye la totalidad de los pacientes que fueron ocho y que participaron en forma regular durante un año y medio del grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial en un Centro público-estatal del interior del Uruguay. Las edades de los pacientes, sus niveles de actividad en lo laboral o educativo, sus interacciones interpersonales significativas y la evolución de su enfermedad en cuanto estabilidad sintomática y número de internaciones, corresponden al momento de finalizado el lapso estipulado para este estudio de participación en el grupo terapéutico, sobre finales del año 2014.

Todos los pacientes tienen un diagnóstico psicopatológico de Esquizofrenia Paranoide según los psiquiatras tratantes y el equipo técnico del Centro de RHPS, no cuentan con retardo intelectual severo, no tienen trastornos conductuales graves ni consumo de sustancias, todos requisitos ya cumplidos por haber ingresado al Centro. De los ocho integrantes que participaron del grupo terapéutico en forma regular, desde mediados del año 2013 a finales del 2014, siete eran hombres y una mujer. Las edades se comprendían entre los 26 y los 45 años al momento de culminado el proceso de recolección de datos sobre comienzos del año 2015. De los ocho pacientes solo uno tiene un trabajo formal con una carga horaria diaria promedio de seis horas, el cual lleva a cabo en un ámbito de cooperativa social con apoyo y seguimiento del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (MIDES). Otros dos pacientes realizan trabajos no formales de manera independiente, uno vinculado al mantenimiento de jardines y otro en acompañamiento y cuidado de una persona anciana auto válida. Además de los pacientes mencionados otros dos llevan adelante una educación formal para retomar sus estudios secundarios abandonados al inicio de su enfermedad, solo uno de ellos logró culminar esta actividad educativa al finalizar el proceso de un año y medio de trabajo con el grupo terapéutico. Salvo uno de los pacientes que realiza una actividad deportiva regular y formativa de un arte marcial, ninguno tiene otras actividades sociales a excepción de la participación esporádica (no más de cinco días en el mes) en congregaciones religiosas (misa en iglesias o templos).

Todos los pacientes excepto uno viven con parte de su familia de origen, siendo la madre el familiar de referencia en todos ellos menos en uno que su madre falleció y es el

padre, y en otro que es la madre o el padre indistintamente. El familiar de referencia es quien acompaña al paciente en los aspectos vinculados a su tratamiento psiquiátrico y a su proceso de rehabilitación psicosocial cuando es solicitado por la institución o por la propia familia (en las consultas psiquiátricas, en las reuniones multifamiliares, en entrevistas o llamadas telefónicas al Centro). Solo una paciente no vive con su familia y no cuenta con la referencia de un familiar presente ya que su madre vive en otro departamento del país y no tiene casi contacto con ella. Es variable el grado de participación de otros familiares directos como los hermanos que todos los pacientes del grupo tienen, en cuanto al apoyo afectivo y material que les brindan. Solo en tres de los pacientes del grupo se dio en algún momento la intervención directa de alguno de sus hermanos en instancias vinculadas al proceso de rehabilitación psicosocial.

Los contactos interpersonales de todos los pacientes del grupo se restringen a sus familiares directos, a algún vecino cercano y a las personas con que se contactan en relación a las actividades educativas o laborales que realizan. Solo dos de ellos tienen un amigo y organizan salidas sociales recreativas de manera ocasional, uno de los cuales lo realiza en compañía de uno de sus hermanos. Ninguno de ellos tiene pareja estable u ocasional desde hace por lo menos cinco años atrás de la fecha de finalización del período estudiado en el grupo terapéutico.

En cuanto a la evolución de la enfermedad en estos pacientes los datos recabados dan cuenta de que los ocho pacientes debutaron en la enfermedad con psicosis delirantes agudas (Ey, 1969) o con agudización de síntomas psicóticos pre existentes. Al año y medio de tránsito por el grupo terapéutico tienen compensada y estable la sintomatología positiva (delirios y alucinaciones), síntomas que solo resurgen dentro de límites manejables por los propios pacientes y su familia ante situaciones de estrés social o familiar (como pérdida o enfermedad de personas cercanas con las que interactúan, intentos de realizar actividades nuevas o cambios en su contexto más cercano). La sintomatología negativa aún presente en forma moderada (abulia, apatía, aplanamiento afectivo y apragmatismos) es la que se busca combatir como uno de los objetivos que se plantea dentro del proceso de rehabilitación psicosocial que cursan estos pacientes (Otero, 2004). Los ocho pacientes se han mantenido estables tras varios años de evolución de la enfermedad y alcanzaron logros discretos y progresivos como los referidos a las actividades laborales y educativas que tienen algunos de ellos. Todos tienen una buena adherencia a su tratamiento farmacológico, asistiendo a sus controles psiquiátricos y tomando la medicación diaria, salvo excepciones circunstanciales debidas a algún retraso o cambio en la fecha de sus controles o problemas burocráticos con la farmacia de Salud Pública donde retiran sus medicamentos (aspecto ya relevado en los antecedentes).

En cuanto a las internaciones psiquiátricas y recaídas (ingreso solo a puerta de emergencia psiquiátrica sin internación): dos pacientes nunca estuvieron internados ni con recaídas, un paciente no tuvo ninguna internación y tuvo una recaída previo al inicio en el grupo terapéutico, y los cinco restantes tuvieron entre una y tres internaciones psiquiátricas previas al inicio de su proceso en el grupo terapéutico y solo un paciente tuvo una internación durante su participación en el grupo terapéutico pero anterior al lapso que comprende el estudio.

Las consideraciones éticas de este estudio resguardan los datos personales de los pacientes y de sus familias, que fueron desfigurados y codificados en las tablas expuestas en el análisis de las entrevistas, para preservar su identidad y la confidencialidad de sus datos. Los datos manejados fueron recabados del análisis de las historias clínicas que tiene el Centro sobre cada paciente, y de la observación clínica directa del proceso de cada paciente en el grupo terapéutico, información que fue cotejada entre las coordinadoras de dicho grupo. El consentimiento informado para la recolección de los datos manejados en las historias clínicas, en las transcripciones de las sesiones, en la aplicación de la escala EEAG y en la realización de las entrevistas, fue dado por los ocho participantes del estudio sin objeciones.

El grupo terapéutico de orientación psicoanalítica:

Es un grupo terapéutico que funciona en el Centro de RHPS con una frecuencia semanal y con una duración entre cincuenta minutos y una hora, en día, horario y locación fija, lo que le da un encuadre organizado de manera estable y constante para el funcionamiento del grupo. Este encuadre psicoanalítico constante y reglado en tiempo y espacio, es el que permite el despliegue de los síntomas psicóticos de los pacientes, que quedan depositados y contenidos allí para ser trabajados respetando las necesidades y los tiempos del grupo, según algunos aspectos que describe Bleger (1978) para este tipo de encuadre. Este encuadre es el que hace de sostén y de marco de las experiencias vividas por el grupo y por sus integrantes en el proceso terapéutico, y es lo que permite trabajar los aspectos psicóticos (Bleger, 1978) que en otras instancias de interacción social excluiría y estigmatizaría a los pacientes.

“El encuadre, como institución, es el depositario de la parte psicótica de la personalidad; es decir la parte indiferenciada y no resuelta de los primitivos vínculos simbióticos.” (Bleger, 1978:249). Cuando se trabaja con pacientes cuyo diagnóstico psicopatológico es el de una psicosis delirante crónica como la esquizofrenia, el depósito masivo e indiscriminado forma parte de la práctica clínica de cada encuentro.

Este grupo terapéutico comenzó a funcionar a los dos años de abierto el Centro de RHPS, a mediados del año 2011 y se mantiene hasta la actualidad en forma ininterrumpida. El grupo funciona de forma cerrada a la inclusión de nuevos participantes, pero se abre cada dos años a nuevos ingresos o egresos de pacientes del Centro que tengan la indicación de comenzar el grupo terapéutico o que estén en condiciones de pasar a un programa de pre-egreso dentro del programa de rehabilitación del Centro.

El grupo terapéutico es coordinado por dos psicoterapeutas, una médica psiquiatra y una licenciada en psicología, con formación psicoanalítica certificada como especialistas en psicoterapia psicoanalítica, que trabajan con un encuadre y una orientación de sus intervenciones a partir del marco referencial teórico psicoanalítico. Dicha orientación se basa en una concepción psicodinámica del psiquismo (Gabbard, 2000), en la escucha de los contenidos del mundo interno que los pacientes manifiestan, y en una postura neutral y abstinentemente que en este marco implica no hacer juicios excluyentes ni estigmatizantes sobre los síntomas psicóticos. Esta orientación del trabajo psicoterapéutico implica también abstenerse de ceder a las demandas transferenciales depositadas en las terapeutas acerca de las decisiones cotidianas de los pacientes debidas a su falta de autonomía (Gabbard, 2000). Esta postura en el trabajo clínico necesita los ajustes técnicos específicos para el trabajo con pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que si bien se rige por los principios de neutralidad y abstinencia, requiere de una postura activa y participante por parte de su coordinación para generar una dinámica grupal y un buen espíritu de trabajo de grupo (Bion, 1976) que posibilite un proceso terapéutico.

Hay referentes en el Uruguay que describen y analizan aspectos del trabajo clínico con pacientes de esta gravedad: “También la regla de abstinencia en el curso del trabajo con psicóticos sufre múltiples transgresiones que inciden en la transferencia y en la actividad interpretativa.” (Mendilaharsu, 1988:120). Y que también alertan sobre los recaudos técnicos a tener presentes en este tipo de trabajo “En las primeras etapas del tratamiento evito en general la intervención propiamente interpretativa: considero que lo fundamental es la actitud receptiva, firme, de paz y tranquilidad...” (Mendilaharsu, 1988:122).

Los roles y funciones ejercidas en la coordinación del grupo por parte de la pareja de coordinadoras son dinámicos, flexibles y no rígidos: ambas terapeutas intervienen con señalamientos, con orientaciones y solo si es tolerado por el paciente, con interpretaciones que vinculen su historia de vida y sus vínculos pasados con la situación actual. La transferencia de aspectos del pasado de los pacientes sobre las situaciones actuales vividas por el grupo, es registrada por las terapeutas pero no es trabajada analíticamente. Si se trabaja la intertransferencia entre los integrantes del grupo si ésta obstaculiza la dinámica

grupal y para contribuir a que esta dinámica se conforme a partir de la interacción entre los participantes. La intertransferencia generada entre las coordinadoras (Kaës y Anzieu, 1979) es trabajada en la interconsulta entre ambas sobre lo registrado en el grupo luego de cada sesión y con el resto del equipo técnico del Centro en las instancias semanales de reunión de equipo. Esta última es una tarea fundamental para compartir y sobrellevar el impacto del trabajo clínico dentro de este encuadre particular. Tanto el registro como el análisis de la intertransferencia entre las terapeutas coordinadoras del grupo es fundamental para no arriesgar la consecución de los objetivos terapéuticos, y para no hacer alianzas con las dificultades propias de la patología severa y crónica de los pacientes que incidan obstaculizando el funcionamiento grupal.

Esta postura técnica de escucha neutral y abstinente cuenta con la excepción de orientar directivamente al grupo hacia la creación de la escucha receptiva y el intercambio entre sus integrantes, en busca de la interacción interpersonal entre ellos mismos y la construcción de la dinámica grupal (Bion, 1976). Esta postura se lleva a cabo sin perder la perspectiva de la pérdida de la prueba y del juicio de realidad propia de los pacientes con algún tipo de psicosis (Kernberg, 1987) y que activamente se busca conservar por parte de las intervenciones que se realizan en la coordinación del trabajo terapéutico.

Los objetivos que se plantean en el trabajo terapéutico grupal de este grupo específico se fundamentan en la conformación particular que tiene con sus integrantes, en la orientación psicoanalítica de la coordinación del mismo, en los antecedentes formulados en la experiencia asimilable del Hospital Vilardebó (Fernández y Sosa, 2007), en los objetivos de la rehabilitación psicosocial (Otero, 2004) y en los que son propios del Centro. Estos objetivos se resumen en la posibilidad de brindar un espacio de escucha y contención de las manifestaciones verbales que hacen los pacientes acerca de las vivencias de su enfermedad; en promover la toma de conciencia de la misma y la adherencia a tratamientos que posibiliten su estabilidad sintomática y la disminución de internaciones o recaídas de los pacientes; en poder hacer una detección precoz de estos riesgos, y en trabajar para luchar contra el estigma, el autoestigma y para lograr una inserción social digna que permita proyectar la recuperación de estos pacientes.

Dentro del proceso terapéutico desarrollado por este dispositivo grupal, se selecciona el lapso de un año y medio entre mediados de 2013 y finales de 2014, por ser un período en el que el grupo se mantuvo consolidado y estable en su conformación. La regularidad y continuidad que tuvo el encuadre de trabajo en el grupo en relación a día, horario, coordinación y cantidad de integrantes (ocho pacientes), fue lograda en ese período específico seleccionado para el estudio. Antes y después de las fechas acotadas hubo

movilidad en la integración del grupo y cambios en quienes lo coordinaban. Si bien el grupo está pensado para alcanzar a doce pacientes del Centro, nunca se consolidó ese número y los mismos ocho pacientes se mantuvieron en ese lapso, más allá de la propia inconstancia de participación que tuvieron, propia de la dinámica de pacientes con este tipo de patologías.

6. Análisis de los datos recabados

El análisis de datos se realiza en un proceso continuo de recolección y lectura de los mismos, que permite una conceptualización que les va dando sentido desde las perspectivas teóricas planteadas (Taylor y Bogdan, 1992).

El contar con datos e información provenientes de diferentes técnicas de recolección permite triangular los mismos como forma de complementar la información y alcanzar una comprensión más acabada de lo estudiado (Marradi, 2007).

El análisis de este estudio se basa en algunos conceptos teóricos con los que se cuenta a priori del trabajo de campo y que condicionaron la creación de determinadas categorías utilizadas para analizar los datos recabados. Si bien las referencias teóricas utilizadas tanto desde el psicoanálisis, como desde la psiquiatría, son sólidas, profundas y tienen cierta interrelación sistemática (en lo que respecta al tema de la esquizofrenia y al del psicoanálisis de grupo), no son objetivos del estudio generar nuevos conceptos ni teorías, al modo de una Teoría Fundamentada o Grounded Theory, (Villarejo, 2009). En este estudio se trata de describir un fenómeno particular, para llegar a responder las preguntas formuladas acerca de lo que sucede en ese grupo de sujetos en particular y proporcionar una imagen lo más fiel posible sobre ello.

El método de análisis elegido para este estudio se relaciona con el análisis de contenido, como una técnica que interpreta textos con los procedimientos de descomponer y clasificar diferentes segmentos del mismo, apelando a una lógica inductiva que evite llegar a conclusiones arbitrarias (Marradi, 2007). Esta forma de analizar datos de un estudio data de 1952 con los planteos de Berelson, quien realizaba de una manera actualmente considerada ortodoxa, diferentes conteos de palabras para realizar una descripción sistemática y objetiva según plantea Marradi (2007). En este estudio el análisis pretende ir más allá de esos conteos y trabajar con contenidos latentes, con el apoyo del marco referencial teórico psicoanalítico y psicodinámico. Además se considera en el análisis el contexto de producción de los datos (población vulnerable a nivel psíquico y socioeconómico) y el contexto donde se inscribió el estudio (un centro de rehabilitación de salud pública en el interior del país). Se trata de un análisis de contenido cualitativo centrado en lo semántico (Marradi, 2007) ya que se estudian las relaciones entre los temas tratados en cada texto y las relaciones entre ellos: entrevistas, sesiones y escala.

A partir del análisis propuesto se realizan inferencias para llegar a responder las preguntas iniciales del estudio y para poder generar otras, logrando desde esta medida la concreción de los objetivos del mismo. La construcción de un esquema de codificación del

material textual basado en las distintas categorías de análisis propuestas, fue en parte generado a priori con el soporte teórico y en parte creado por lo que emergió de los textos, sobre todo en el análisis hecho de las sesiones del grupo terapéutico.

De acuerdo al método propuesto por Valles (2007) para el tratamiento analítico de la información recolectada, se codificaron, agruparon y analizaron los fragmentos correspondientes a cada núcleo temático del guión de las entrevistas y de cada sesión del grupo, realizado según determinadas categorías de análisis.

6.a Categorías de análisis propuestas

Las categorías de análisis propuestas se desprenden de las preguntas de investigación y de los objetivos específicos formulados, además de contar con el apoyo teórico que enmarca toda la tesis. Estas categorías iniciales fueron enriquecidas con otros tópicos temáticos que surgieron a partir del propio trabajo de campo y que no habían sido concebidos a priori.

Estas categorías fueron creadas previamente a la construcción del guión de las entrevistas, que fue supeditado a ellas, no así las sesiones del grupo terapéutico que tuvieron el curso que se dio según lo que espontáneamente expresaban los pacientes que participaban con la coordinación de las terapeutas. Tanto de las entrevistas pero más aún de las sesiones surgieron nuevos interrogantes y temas que abordaban los pacientes y que dieron lugar a nuevas categorías de análisis emergentes.

Categorías iniciales y su fundamentación clínica:

1. Valoración del grupo terapéutico (en el proceso de Rehabilitación Psicosocial (RHPS)): implica la apreciación subjetiva que hacen los propios pacientes del espacio del grupo terapéutico, para lo que lo sienten útil y les sirve, lo que les aporta y lo que les permite el grupo. Esta valoración puede ser positiva (sirve, gusta, lo necesitan, lo aprovechan, quieren participar de él, es bueno), o ser negativa (no sirve, no entienden su utilidad, los aburre, no les aporta, no quieren estar), o ser indiferentes ante la posibilidad de hacer una valoración del espacio, o sea no contestar, o no hacer ninguna apreciación subjetiva sobre el mismo. Subcategorías: Valoración positiva, valoración negativa, indiferencia.

2. Estabilidad sintomática (de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia): el mantenimiento de esta estabilidad es también uno de los objetivos del proceso de rehabilitación psicosocial de estos pacientes. La estabilidad sintomática en la esquizofrenia

no implica la inexistencia de síntomas ya que por ser una patología crónica continúa habiendo presencia de ellos y sobre todo de síntomas negativos, medulares en esta enfermedad. La estabilidad implica un ajuste de la sintomatología a la vida cotidiana del paciente, o sea que se mantenga entre límites que le permitan al paciente estar compensado de su enfermedad sin caer así en una crisis que amerite su internación ni una recaída que lo restrinja aún más en su vida cotidiana. En el continuo de las circunstancias vitales a las que se enfrentan los pacientes diariamente, el mantenimiento de esta estabilidad requiere por momentos un ajuste de su tratamiento farmacológico y también de los tratamientos psicosociales que tenga. La estabilidad permite el aprendizaje y la convivencia con los síntomas y con el mundo de relaciones que rodea al paciente. Los síntomas positivos se resumen en delirios (trastornos del contenido del pensamiento) y alucinaciones (percepciones sin objeto), y los síntomas negativos en apatía (falta de ganas y motivación para hacer cosas, incluye la abulia), anhedonia (falta de disfrute y de placer en las actividades) y afecto restringido (desapego, desafectivización, retracción) (Gabbard, 2000), y son los considerados en el análisis. Hay distintos síntomas negativos definidos en diferentes bibliografías, pero la elección tanto de unas como de otras tiene lo característico y común de tomar aquello que la enfermedad resta y restringe en la persona. Subcategorías: estabilidad de síntomas positivos y estabilidad de síntomas negativos.

3. Internaciones psiquiátricas (número de internaciones psiquiátricas durante el período transitado en el Grupo Terapéutico (GT): este tópico que define una categoría de análisis tiene que ver con que una internación psiquiátrica se da en un momento de descompensación de la sintomatología de la esquizofrenia y de toda la enfermedad del paciente. Dentro de la evolución crónica y permanente en el continuo longitudinal de la vida del paciente, se produce un episodio de reagudización que implica la desestabilización de los logros adquiridos, en un corte transversal de la vida. La internación es el último recurso asistencial con el que se cuenta para un momento de crisis y de reagudización de la enfermedad. Cada nueva internación en la evolución de la esquizofrenia implica un corte existencial de la vida del paciente y un escalón hacia el deterioro, no solo por la pérdida de logros de un tratamiento integral sino por el estigma que se consolida en el paciente y en su familia al recurrir a una institución de internación psiquiátrica. Si se trata de una recaída, puede ser tratada con un ajuste del tratamiento farmacológico ambulatorio, sin tener que llegar a una internación psiquiátrica. En el análisis se tomó en cuenta si hubo o no internaciones y si hubo o no recaídas que no implicaron una internación psiquiátrica, antes de haber empezado el grupo y luego de una año y medio de proceso terapéutico. Subcategorías: internación psiquiátrica durante el grupo y recaída sin internación durante el grupo.

4. Nivel de actividad global (a nivel psicológico, social y laboral alcanzado tras un año y medio de participación en el GT): esta categoría está basada fundamentalmente en los aspectos que valora la EEAG del DSM-IV, sobre la actividad psicosocial general de los pacientes. En esta Escala se consideran diferentes áreas de actividad como la psicológica, la social y la laboral, en un proceso continuo entre la salud y la enfermedad, sin incluir en esta valoración posibles alteraciones causadas por limitaciones físicas o del ambiente circundante al paciente que puedan influir (DSM-IV, 1995). Además de lo considerado por la Escala aplicada luego del año y medio de participación en el grupo, también se incluye en esta categoría en el área social lo que corresponde a las interacciones interpersonales significativas con familiares o con otras personas y salidas recreativas; en el área laboral todo tipo de trabajo, protegido o no, o capacitaciones para el mismo, así como las actividades educativas tanto formales como informales que realice total o parcialmente cada paciente. En el área psicológica se incluye la sensación subjetiva de bienestar, de estar y sentirse mejor, y de tener mayor seguridad y confianza en sí mismos y en los otros, así como menos temor a la enfermedad por cierta adquisición de conciencia sobre la misma, aspecto que mejora la retracción autística (Ey, 1969). Estos puntos fueron indagados y reconocidos tanto en las entrevistas individuales como en las sesiones del grupo antes de ser cotejados con la Escala. Subcategorías: actividad psicológica, actividad social, actividad educativa y actividad laboral.

Nuevas categorías emergentes del trabajo de campo a partir del análisis de los contenidos temáticos de las sesiones del grupo terapéutico seleccionadas para el estudio:

5. Conciencia de enfermedad (y/o conciencia de los síntomas): la conciencia de enfermedad tiene que ver con no solo conocer el diagnóstico sino sus implicancias en la vida del paciente y de su influencia en el entorno más cercano, saber de sus limitaciones y de la necesidad de tratamiento permanente. La conciencia de síntomas es la conciencia de un aspecto parcial de la enfermedad y hace referencia al reconocimiento que adquieren los pacientes sobre las sensaciones subjetivas de sus síntomas positivos, las voces que escuchan (alucinaciones) y sus ideas de persecución y auto referencia con el mundo externo. Subcategorías: conciencia de enfermedad y conciencia de síntomas

6. Recuperación: los pacientes traen en varias oportunidades a sus comienzos de la enfermedad como un momento de corte en su historia de vida, donde sitúan logros y posibilidades anteriores a ese corte y a las pérdidas y las imposibilidades que se tuvieron después del mismo. En esta categoría se incluye la perspectiva de la recuperación (Díaz del Peral, 2013) de algunas de las capacidades anteriores, actualmente perdidas por la enfermedad, y en la posibilidad de generar nuevos proyectos de vida dignos. Se plantea la

posibilidad de recuperación y mejora de la calidad de vida, más allá del diagnóstico y del tratamiento permanente. Subcategorías: sentimientos de pérdidas de capacidades anteriores a la enfermedad, y recuperación con construcción de proyectos vitales.

7. Los orígenes de su identidad (los inicios y la historia de la construcción de su identidad): en las sesiones surge el espacio y el tiempo para propiciar la historización de los acontecimientos vitales significativos de cada uno y del proceso de enfermar. Evocar sus orígenes, los antepasados, los apellidos y su infancia son temas que se repiten en el proceso de las sesiones y que los constituye como sujetos, en momentos actuales en los cuales su subjetividad se ve menoscabada por la enfermedad. El autoestigma (Díaz del Peral, 2013) de los propios pacientes y su familia, que les produce sentimientos de vergüenza y de auto exclusión de los recursos comunitarios, más el estigma social peyorativo que conlleva ser diagnosticado con una enfermedad mental, se asocian a su identidad de pacientes. Implica el sentimiento de corte en la continuidad existencial que provocó la irrupción de la enfermedad, marcando un antes y un después de la misma. Esta categoría de orígenes de la identidad se subdivide en corte existencial y en autoestigma. Subcategorías: historización de acontecimientos vitales significativos y autoestigma por padecer una enfermedad mental.

8. Los miedos (a las recaídas, a la internación y a la pérdida del familiar de referencia): la dependencia con la medicación y con el tratamiento, y el sentido que ambos aspectos les da a su vida cotidiana, es un elemento crucial en la toma de conciencia de lo que implica la enfermedad. Los recuerdos de los momentos de crisis y de descompensación y de cómo fueron sus internaciones psiquiátricas, son recuerdos penosos y que los asusta al punto de temer repetir esas situaciones. La dependencia con otros, tanto económica como a nivel de organización de la vida cotidiana, específicamente con los familiares con quienes conviven y la falta de autonomía que esto conlleva, les provoca el miedo al futuro y a lo que será de la vida de ellos cuando éstos falten. Desde las perspectivas históricas de Foucault (1964) en torno a la locura y su lugar en la historia, estos miedos son también los miedos a la exclusión social y al padecimiento del estigma con que cuenta la enfermedad mental en la sociedad. Esta categoría principal del miedo se subdivide en miedo a la internación y en miedo a la pérdida de referentes. Subcategorías: miedo a las recaídas con internación, miedo a perder el familiar de referencia.

9. Agradecimiento (por contar con el espacio del grupo): es un aspecto que surgió espontáneamente al final de las entrevistas y que implica una valoración del estar con otros y de la interacción significativa con los demás integrantes del grupo y con las coordinadoras. El espacio grupal les posibilita compartir lo que les pasa, salir del ensimismamiento y de la

retracción, estados estos últimos que son los habituales entre su medio familiar. Esta última categoría surgida muestra la capacidad de recibir algo bueno de otro y de agradecerlo, dinamismo emocional propio de una elaboración significativa de las pérdidas que sorprende en pacientes con un funcionamiento psicótico. Subcategoría: agradecimiento y posibilidad de construcción de una dinámica grupal: se generó una mentalidad grupal, una cultura grupal y un buen espíritu de grupo (Bion, 1976) a partir del agradecimiento por contar con el espacio grupal.

10. La privacidad: es el espacio del grupo como soporte y contención (Kaes, Anzieu, 1979) donde los pacientes pueden hablar entre un grupo reducido de personas en situación similar, sobre los aspectos vinculados a sus síntomas y a su enfermedad, sobre aquello que les pasa y que sienten internamente. El secreto profesional y entre los integrantes del grupo acerca de lo hablado allí, así como los principios de neutralidad y abstinencia de las coordinadoras, garantizan el ambiente de respeto y confianza necesarios para hablar de lo que los propios pacientes consideran privado o íntimo. Implica esperar el día de encuentro del grupo para manifestar verbalmente los aspectos del mundo interno de los pacientes, que no comparten con el resto de sus vínculos, cuando los hay. Subcategoría: espacio para hablar de vivencias internas.

6.b Análisis de las entrevistas

Una vez cumplido el lapso determinado para el estudio, de un año y medio de proceso de los ocho pacientes del grupo terapéutico, fueron entrevistados en forma individual. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad ya que por las características de estos pacientes, el registro escrito resultó ser la forma más adecuada y menos invasiva para acceder a esta fuente de datos. Todos los pacientes accedieron a la realización de las entrevistas con quien llevó adelante este estudio, con quien tienen un vínculo técnico profesional dentro del Centro de RHPS, pero con el marco de las dificultades expuestas a continuación.

Obstáculos y dificultades encontrados en la realización de las entrevistas:

La técnica de entrevista en profundidad no resultó ser la más apropiada para realizar a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que más allá de su estabilidad sintomática básica requerida para su participación en el tratamiento de rehabilitación psicosocial del Centro, tenían más de cinco años de evolución de la enfermedad con el deterioro social que esto conlleva. Las características tanto de su enfermedad como de los años de evolución y

su deterioro, influyeron a la hora de dar cuenta de las preguntas que se hacían en la entrevista, las cuales fueron monosilábicas, concretas y muy escuetas. Lo central de la sintomatología que se manifiesta con la esquizofrenia tiene que ver con los síntomas negativos de abulia, apatía y anhedonia, condensados en la retracción autística que definió Ey (1969) y que dificultaron justamente el contacto y el vínculo con el mundo exterior y con las otras personas con las que contactaron cotidianamente luego del inicio de su enfermedad. Si a esto se le agrega la ideación paranoide crónica propia de la enfermedad, aunque no constituya francas ideas delirantes persecutorias, se constató en las entrevistas el incremento de los factores que resintieron la apertura al diálogo y a la conversación fluida, incluso en un clima de confianza, calidez y respeto como el que se dio en las entrevistas consentidas.

La entrevista fue una técnica que aunque se haya dado en el marco de un buen rapport afectivo e ideico (Ey, 1969), generó en la mayoría de los pacientes un nivel de ansiedad persecutoria que los puso reticentes a la hora de profundizar en las respuestas. Los monosílabos, lo concreto y lo tangencial de las respuestas obtenidas en las entrevistas, fundamentan este análisis de las dificultades y la aplicación que se tuvo que realizar de esta técnica con los ajustes sobre su guión original. Con las nueve preguntas planteadas inicialmente como guion de las entrevistas en profundidad, basadas en categorías de análisis y en función de los objetivos del estudio, se realizó una condensación en cuatro áreas que se indagaron con cinco preguntas directas y cuatro cuyas respuestas se inferían indirectamente, que surgieron a partir de los encuentros con los pacientes. A su vez se enriqueció el material a través de la lectura de las historias clínicas de los pacientes, y con el trabajo intertransferencial y de co-visión del material entre las coordinadoras del grupo, que permitió profundizar los escasos datos obtenidos en las escuetas respuestas.

Las cuatro áreas de estudio de las entrevistas fueron:

- Cómo influye y cómo valora su participación en el GT dentro de su proceso de RHPS, fueron las únicas preguntas hechas directamente a los pacientes en el marco de la entrevista con las que se logró recabar los datos específicos que dan cuenta de las respuestas.
- Qué se habló y que se escuchó de otros en relación a la propia enfermedad en el GT, son datos que se extraen de la transcripción textual de las sesiones del GT seleccionadas para el estudio.
- La estabilidad sintomática alcanzada o sostenida durante un año y medio de participación en el GT, así como la presencia o no de internaciones durante ese período, se

desprenden de la observación clínica cotidiana de los pacientes por parte de quien realiza el estudio y de los registros de sus historias clínicas.

- La concreción de alguna modificación en el funcionamiento global de los pacientes, en las áreas laboral y de relacionamiento social, son datos que se recaban de la observación clínica cotidiana, de las historias clínicas y de la profundidad alcanzada en la pregunta uno. Este punto se apoya también en la aplicación de la Escala EEAG realizada a estos pacientes y en el análisis de las sesiones.

En el análisis de los datos recabados en las entrevistas, basado en las cuatro categorías iniciales descritas, se arriban a los siguientes planteos:

- 1) La valoración que hacen los pacientes del grupo terapéutico en el que participan dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial, es en siete de ellos considerada como positiva y solo en uno de los pacientes se considera indiferente por no haber logrado contestar exactamente a lo que se le preguntaba al respecto. Ese paciente formuló una para-respuesta (Ey, 1969) a esa pregunta, dando en otro momento de la entrevista la respuesta correspondiente a la misma: *“Es un lindo espacio”*. De todos modos la consistencia de las respuestas de los otros siete pacientes, que dan la prevalencia de una valoración positiva del grupo terapéutico, se determina con mayor claridad la valoración positiva que hacen del grupo: *“Me gusta sí.” “Es mi día preferido los jueves que hay grupo.” “Yo otra cosa no quiero hacer...” “El grupo sí, me sirve...” “Me ayuda sí,...me encanta...”*. Otros aspectos dados en las respuestas positivas vinculadas a la valoración que hacen los pacientes del grupo terapéutico y en lo que fundamentan dichas respuestas, se reconocen los siguientes aspectos vinculados a la incidencia del grupo terapéutico en su proceso de rehabilitación psicosocial: *“Es para decir lo que uno siente...un desahogo”*. *“Yo hablo más de mi vida personal”*. *“Me gusta para un poco hablar de lo que pasa”*. *“Cuento lo que me aqueja”*. *“Es un apoyo moral”*. *“...los compañeros ayudan pila”*. *“Me gusta venir este día porque si no yo no hablo casi en mi casa”*. *“Me aporta sí.” “Me gusta (...) me desahogo (...) pude hablar (...) gracias por el espacio.”* Cabe destacar que en una de las respuestas de uno de los siete pacientes la valoración positiva del grupo terapéutico viene dada por la interacción con los demás integrantes del grupo y lo que aporta esto al paciente que contestó desde ese registro.

La apreciación subjetiva que los pacientes hacen sobre su participación en el grupo terapéutico dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial, y como ésta les sirve, les aporta, o les brinda posibilidades para expresarse, se condensa en los siguientes aspectos:

tienen semanalmente un espacio donde poder hablar, ser escuchados y compartir con otras personas que se encuentran en una situación vital similar, acerca de sus sentimientos, pensamientos y vivencias personales, muchas de ellas asociadas a la enfermedad. La valoración positiva está dada a su vez por no contar con este tipo de espacio en otras instancias de su vida cotidiana ni en la interacción con otras personas de su entorno, aspecto que los motiva a continuar participando del espacio. La incidencia que esta valoración positiva tiene en el proceso de rehabilitación psicosocial de estos pacientes, surge en las entrevistas en relación a querer participar del día en el que el grupo se lleva a cabo y en esperar ese momento del encuentro, aspecto que a su vez se vincula con el sentimiento de esperanza necesario en un proceso hacia la recuperación (Díaz del Peral, 2013). Este último aspecto fomenta de modo indirecto la participación regular de los pacientes en el Centro y sostiene la adherencia de ellos al tratamiento psicosocial que llevan adelante.

- 2) Los datos que se recaban en las entrevistas sobre el grado de estabilidad sintomática, tanto de los síntomas positivos como de los síntomas negativos de la esquizofrenia, que alcanzaron y/o mantuvieron los pacientes luego de un año y medio de participación en el grupo terapéutico, son escuetos en el contenido y se extraen indirectamente del texto de las mismas. El registro de este punto de análisis sobre los síntomas de los pacientes, de lo que experimentan y sienten subjetivamente en relación a su enfermedad, se presenta en tres de los ocho pacientes como el poder hablar de ese tema en el grupo y frente a otros. De los tres pacientes mencionados solo uno de ellos hace referencia al lugar que ocupa en esa experiencia subjetiva, el escuchar a otros, quienes sienten cosas similares y el alivio que esto conlleva y la interacción que se genera en la comprensión por parte de otro: *“Yo escucho pero a veces me cuesta, me pierdo de lo que dicen o no hablo por si no tiene nada que ver lo que digo, pero me sirve escuchar a los compañeros y a veces hablo también y me comprenden.”* Al momento de finalizado el lapso de la participación en el grupo terapéutico determinado para el estudio, y cuando se comenzaron a realizar las entrevistas, solo uno de los ocho pacientes logró ser evaluado como sin presencia de sintomatología positiva, o sea sin delirios y sin alucinaciones. Dentro del resto de los siete pacientes, todos presentan algún tipo de ideas delirantes de diferentes temáticas, prevaleciendo las persecutorias y auto-referenciales en todos ellos, en uno de los siete pacientes las ideas megalomaniacas, en otro las místico religiosas y en otro las de carácter melancólico que menoscaban su auto estima. De estos siete pacientes solo uno de ellos niega experimentar síntomas positivos de delirios o

alucinaciones, infiriéndose de la observación clínica la presencia de ideas delirantes, no así de alucinaciones. En todos los siete pacientes que al finalizar un año y medio de participación en el grupo terapéutico tenían algún tipo de síntomas positivos, estos se reagudizaron o exacerbaron ante la exposición a situaciones de estrés familiar, social o cambios de diversa índole en su rutina diaria. Esta última característica analizada se registró en los pacientes más allá de una buena adherencia a su tratamiento psiquiátrico y farmacológico. Aunque no estuvo consignada como pregunta dentro del guión de las entrevistas, ni como categoría de análisis específica, la presencia de algún tipo de síntoma depresivo, diferenciados de los negativos de la esquizofrenia por estar acompañados de sentimientos de tristeza, se constató en cuatro de los ocho pacientes del grupo, lo que significa un 50% del grupo y una alerta por la incidencia del 15% de riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Gabbard, 2000). En cuanto a los síntomas negativos, principalmente anhedonia como falta de disfrute de cualquier actividad, afecto restringido o aplanado o desapegado y apatía como falta de ganas de hacer cosas, aspecto vinculado a los apragmatismos sociales, vinculares y laborales, todos los ocho pacientes continuaron presentando al menos uno de los síntomas negativos, luego de un año y medio de participación en el grupo terapéutico. Ninguno de ellos llegó a alcanzar la presencia de los tres síntomas, pero tanto la apatía como el afecto restringido se presentan en cuatro de los pacientes, alcanzando al 50% de los pacientes. La anhedonia se presentó en tres de los ocho pacientes, cuya disminución en los pacientes se asocia a recobrar algo del disfrute en las actividades que se realizan, aspecto también vinculado a las posibilidades que brinda una estrategia de tratamiento psicosocial. Más allá de la permanencia, estable, de este conjunto de síntomas propios de la cronicidad de la esquizofrenia, los pacientes refieren alivio y mejoría: *“Estoy mejor”*. *“Estoy bien.”* *“Yo estoy casi bien...prácticamente normal.”*

La estabilidad sintomática mantenida y alcanzada en los ocho pacientes en ese tiempo de un año y medio de grupo terapéutico, muestran el logro terapéutico de haber podido tolerar los aspectos psicológicos que movilizan este tipo de dispositivos, la regresión que implica el estar en grupo (Kaës y Anzieu, 1979). Los propios pacientes refieren en torno a su sintomatología que: *“Ahora salgo...antes me encerraba”*. *“Salgo a veces...hablo...”*. *“Estoy mucho mejor, casi no oigo voces, antes era horrible.”* La incidencia en el proceso de rehabilitación psicosocial que tiene esta estabilidad sintomática no solo se circunscribe a un requisito para iniciar dicho proceso sino también a un aliciente a continuar en tratamiento y fortalecer la adherencia al mismo. Se ratifica a partir del mantenimiento de la estabilidad

sintomática, uno de los objetivos esenciales de la rehabilitación que es la mejora de la calidad de vida de los pacientes y su familia. No se propone como objetivo la cura de una patología mental crónica pero si su mejoría y sus posibilidades de recuperación (Díaz del Peral, 2013).

Otro factor no consignado inicialmente sobre la incidencia del grupo terapéutico de orientación psicoanalítica en el proceso de rehabilitación de estos pacientes, es que habilitó a la detección precoz de sintomatología depresiva y el alerta que esto conlleva para los servicios de asistencia en salud mental y específicamente al Centro de RHPS donde se desarrolló el estudio. Fue a través del análisis de los datos de las entrevistas y el cotejamiento que se hizo de los mismos entre las coordinadoras del grupo, que se visualizó la prevalencia de los síntomas depresivos en estos pacientes, aunque estos no tuvieran presencia significativa a nivel clínico en ellos.

- 3) El análisis de los datos recabados en los ocho pacientes acerca del número de internaciones y de recaídas se realizó a través de la información recabada de las historias clínicas con las que cuenta el Centro sobre cada uno de ellos, además de recolectar esa información en las entrevistas. Las historias clínicas son un documento que se encuentra en permanente actualización de sus datos, a partir de la información recabada en entrevistas de seguimiento individual y en entrevistas a familiares de referencia de los pacientes. La presencia o ausencia tanto de internaciones como de recaídas es un elemento clínico que se encuentra estrechamente asociado a la estabilidad sintomática que tengan los pacientes, sobre todo de los síntomas positivos de la esquizofrenia (delirios y alucinaciones). Cuando los síntomas positivos se agudizan, la manifestación clínica que conllevan trastocan tanto la vida cotidiana del paciente, como la de su familia, por ser una presencia constatable en el encuentro diario. A su vez las recaídas e incluso las internaciones, pueden estar vinculadas al surgimiento de otro tipo de sintomatología, ya descrita anteriormente, como lo es la depresiva y el riesgo que presenta para la vida de los pacientes. Al ingresar al Centro de RHPS y al inicio del proceso en el grupo terapéutico, cuatro de los ocho pacientes contaban con una sola internación psiquiátrica por episodios psicóticos, que se correspondía con el comienzo de la enfermedad y del consiguiente tratamiento psiquiátrico y farmacológico. Otros tres pacientes no tenían ninguna internación psiquiátrica y habían consultado e iniciado un tratamiento psiquiátrico y farmacológico a iniciativa de algún familiar directo con el que convivían en ese entonces. Solo uno de los pacientes, no incluido dentro de los ya mencionados, contaba con tres internaciones psiquiátricas previas a iniciar el Centro y el grupo terapéutico.

Luego de transcurrido el proceso de un año y medio en el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, los datos de los ocho pacientes en torno al número de internaciones psiquiátricas y de recaídas se mantuvo idéntico al del comienzo salvo en uno de ellos. En ese paciente se produjo una recaída con agudización de sus síntomas psicóticos positivos y presencia de síntomas del humor mixtos (depresivos y maníacos) y leves, que se trató solo con un ajuste de su tratamiento farmacológico y que no ameritó la suspensión de su participación en el grupo. Cabe destacar que esa recaída se asoció a una situación vital estresante que atravesó ese paciente, en torno a la enfermedad de un familiar directo, con quien convive y quien es su referente de la vida cotidiana frente a su enfermedad y a su tratamiento. Algunos de los pacientes se refieren a sus internaciones de la siguiente manera: *“De eso no quiero ni hablar.”*, *“Gracias a Dios nunca estuve internado.”*, *“No, por suerte nunca estuve.”*, *“...fue horrible, estaba re loco.”*

Estos son datos de significación relevante en torno a la evolución de la enfermedad esquizofrénica, en pacientes cuyo tiempo de instalada la patología al finalizar el lapso del estudio, era de al menos cinco años o más. El promedio de internaciones en los inicios de la evolución de esa patología mental crónica, fue inferior al de uno por año. Este último aspecto es significativo en el proceso de enfermar de cada paciente, porque se relaciona con lo anteriormente expuesto sobre la incidencia del deterioro que genera a nivel personal, familiar y social cada nueva internación en un hospital psiquiátrico, y como acrecienta el peso del estigma y de la exclusión por padecer una enfermedad mental. A su vez se debe considerar la relevancia que cobra un corte en la continuidad existencial de una persona, cuando atraviesa por una situación de internación que suele ser prolongada y pasa los treinta días de estadía en el hospital. Esto genera en los pacientes además de la fractura psíquica que implica padecer una psicosis (Nasio, 2001), una fractura social con su entorno más cercano (tener que dejar estudios, abandonar empleos, ruptura de vínculos) difícil de recomponer. *“Una vez estuve mese internada.”*

Haberse podido mantener el número de internaciones y haber evitado un nuevo ingreso a la institución psiquiátrica del hospital, es un logro de uno de los objetivos planteados en los programas de rehabilitación psicosocial relevados a nivel internacional en los antecedentes y en el Centro al que concurren. El grupo como sostén y soporte, que contuvo las experiencias de los pacientes asociadas a su proceso de enfermedad, acompañó una etapa de sus vidas sin reagudizaciones de su enfermedad y mayoritariamente sin la de su sintomatología.

- 4) Esta categoría es una de las más complejas de analizar en relación a los datos recabados, por la multiplicidad de factores psicológicos y sociales del contexto del paciente, que inciden al momento de su descripción. Lo fundamental de esta categoría estará dado en la evaluación realizada al finalizar el lapso determinado de participación en el grupo terapéutico, a través de la aplicación de la escala EEAG del DSM IV (1995). No obstante hay datos que se desprenden de las entrevistas y que dan cuenta del nivel de actividad global, en lo psicológico, lo social y lo laboral, que lograron los pacientes al finalizar el trabajo de campo en marzo de 2015. Los extractos de entrevistas seleccionados son los siguientes: *“Voy a las clases de la iglesia, o a la casa de mi hijo, ellos me entienden más, antes ni iba. Y puedo hablar acá, hago cosas cuando vengo pero en mi casa paso cansada...”*, *“A veces hablo mucho y le saco tiempo a otros. El otro día me fui estresado porque no pude hablar, pero me dejé salir adelante, tomé café, me bañé y salí bien...”*, *“...estoy mejor. En el liceo me costaba estar en grupo.”*, *“En la Cooperativa nos sacaron los quince minutos de descanso. Me gusta esto sí, para un poco hablar de lo que pasa.”*, *“Salgo a veces... hablo con mi sobrina.”*, *“Terminé la Pasantía, voy al liceo.”*. A partir de la lectura de las historias clínicas de los ocho pacientes, las cuales cuentan con información recabada a partir de entrevistas iniciales hechas previo al ingreso al Centro de los pacientes, con ellos y con al menos un familiar de referencia, se relevan los siguientes aspectos en torno a su nivel de actividad global: de los ocho pacientes, cuatro salían de sus casas durante el último año anterior a comenzar su rehabilitación psicosocial en el Centro, solamente una vez al mes para concurrir a su control psiquiátrico ambulatorio. Ninguno de los ocho tenía actividad laboral alguna y tampoco ninguno, excepto dos, realizaba ningún tipo de actividad educativa ni recreativa formal o informal. Los dos pacientes a los que se hace referencia tenían uno de ellos una actividad religiosa que le implicaba encuentros semanales con un grupo en una iglesia, y el otro una actividad deportiva – recreativa a la que concurría dos veces a la semana. Estas actividades en estos dos pacientes se mantuvieron hasta finalizar el estudio y continúa a la fecha, y se acrecentó en cantidad de días de reunión en el paciente que participa de una congregación religiosa. Dentro de los seis pacientes restantes, uno de ellos retomó su actividad de formación curricular en estudios secundarios formales; otro retomó su actividad laboral formal y remunerada con seis horas diarias de trabajo de lunes a viernes; otro más retomó sus emprendimientos laborales independientes de cuidado de jardines; dos de los pacientes restantes estuvieron en proceso de construcción de proyectos personales educativos y laborales que al momento de finalizar el

estudio no habían concretado aún, y finalmente el paciente que queda describir si bien no tiene proyectos personales en torno a actividades laborales o formativas, logró salir y participar de eventos familiares tanto dentro de su casa como fuera de ella, en compañía de su familiar referente. El último aspecto descrito en torno al incremento de actividades sociales y recreativas en compañía de su familia o en dos de los ocho pacientes, también de forma independiente, y uno incluso con un amigo, estuvo presente en la apreciación subjetiva que los pacientes hicieron en las entrevistas sobre como incidió el grupo terapéutico y el proceso de rehabilitación que cursaron en ese lapso.

El resurgimiento y la construcción de niveles de actividad en cada uno de los pacientes, más allá de las diferencias subjetivas de los ocho integrantes del grupo, es una evidencia clínica en el marco de este estudio. Luego de un año y medio de participación en el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica dentro de sus procesos de rehabilitación psicosocial, todos los pacientes alcanzaron al finalizar el mismo, al menos un nivel medio de actividad global (DSM IV, 1995). Estos datos fueron cotejados con la técnica específica que evalúa, a partir de un juicio clínico, el nivel alcanzado.

Hay otros dos puntos a tener en cuenta en el análisis del contenido de las entrevistas que si bien no fueron consignados a priori de su realización, surgieron como puntos novedosos de análisis y que se ratificaron y utilizaron como categorías de análisis en las sesiones del grupo terapéutico. Estos fueron el agradecimiento que hicieron más del 50% de los pacientes por contar con el espacio del grupo y por la escucha y el tiempo dedicado desde la coordinación de las terapeutas del grupo. *“Gracias por el espacio.”* es una frase que recurrentemente dicen los pacientes al finalizar las sesiones. El otro punto que surgió y que también se retoma en el análisis de las sesiones, es la posibilidad que brinda el grupo terapéutico de contar con la privacidad necesaria para hablar de vivencias subjetivas de los pacientes, asociadas a su enfermedad y que generan auto estigma (Díaz del Peral, 2013). El grupo es visto por los pacientes como un espacio donde no surge la vergüenza por padecer determinado tipo de síntomas, que en otros contextos los excluye de la cotidianidad social y familiar por sentirse mirados como los locos (Foucault, 1969).

5) En las entrevistas a los ocho pacientes hay referencias a algún tipo de síntomas, especialmente a los síntomas negativos referidos como lo que les cuesta hacer, lo que no pueden y lo que antes hacían y ahora no. Estas alusiones verbalizadas de forma escueta, muestran cierta conciencia de síntomas de la esquizofrenia, pero

no constituyen la toma de contacto personal con las limitaciones que implica padecer una enfermedad mental de ese tipo. La pauta más específica de cierta conciencia de enfermedad que tienen los pacientes que participan del grupo terapéutico, se observa en la adherencia a los tratamientos tanto psiquiátricos como farmacológicos, y a los psicosociales y psicoterapéuticos. Es reconocer la necesidad de tratarse para sentirse mejor.

6.b.1 Tablas y gráfica

Las tablas utilizadas a continuación tienen la finalidad de permitir visualizar los aspectos fundamentales tenidos en cuenta en el análisis de las entrevistas y las historias clínicas de cada integrante del grupo terapéutico. Las tablas muestran las diferencias que hay en algunos ítems registrados, entre el período inicial en el grupo terapéutico y al final de un año y medio de proceso en el mismo. Los datos para conformar la columna de inicio se recogieron de las historias clínicas que tiene el Centro de RHPS a partir de las entrevistas de ingreso al mismo. Y la columna de fin se conformó con los datos recogidos a partir de las entrevistas realizadas al final del proceso correspondiente a este estudio y con la actualización del registro en las historias clínicas. Si bien no se trata de una comparación pre – pos, es una forma de facilitar la descripción de la incidencia que tuvo el tránsito de un año y medio por el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica en dicho Centro.

Las referencias usadas en las tablas muestran a los síntomas positivos como: D=Delirios y Aav=Alucinaciones acústico verbales. A los síntomas negativos como: An=Anhedonia, Ar=Afecto restringido y Ap=Apatía. Las actividades laborales y educativas de cualquier índole se toman como: si tienen o no tienen. Las otras actividades se refieren a deportes o salidas recreativas tanto a solas como acompañados: si tienen o no tienen. La interacción con la familia se toma como: buena, regular, mala o inexistente. Y la interacción con otros que no son familia ni personas del Centro de RHPS se ven como: si las tienen o no las tienen.

La gráfica muestra en porcentajes generales los datos de las tablas de cada paciente, en relación a si hubo mejoría, retroceso o si se mantuvo estable cada ítem, luego de un año y medio de proceso en el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica.

Tablas de cada paciente al inicio y al fin del año y medio en el grupo terapéutico:

Paciente 1

	Inicio	Fin
Internaciones	1	1
Síntomas positivos	D Aav	D
Síntomas negativos	Ar	Ap
Actividad laboral	No	No
Actividad educativa	No	No
Otras actividades	Si	Si
Interacción con familia	Regular	Buena
Interacción con otros no familia	No	Si

Paciente 2

	Inicio	Fin
Internaciones	1	1
Síntomas positivos	D Aav	D
Síntomas negativos	Ar Ap	Ar
Actividad laboral	No	Si
Actividad educativa	No	Si
Otras actividades	No	No
Interacción con familia	Regular	Regular
Interacción con otros no familia	No	Si

Paciente 3

	Inicio	Fin
Internaciones	0	0
Síntomas positivos	D Aav	D Aav
Síntomas negativos	An Ap	An Ap
Actividad laboral	No	No
Actividad educativa	No	No
Otras actividades	No	No
Interacción con familia	Regular	Regular
Interacción con otros no familia	No	No

Paciente 4

	Inicio	Fin
Internaciones	1	1
Síntomas positivos	D Aav	D Aav
Síntomas negativos	An Ar	An
Actividad laboral	Si	Si
Actividad educativa	No	Si
Otras actividades	No	No
Interacción con familia	Buena	Buena
Interacción con otros no familia	No	No

Paciente 5

	Inicio	Fin
Internaciones	0	0
Síntomas positivos	D	
Síntomas negativos	Ar Ap	Ar
Actividad laboral	No	Si
Actividad educativa	No	No
Otras actividades	No	Si
Interacción con familia	Buena	Buena
Interacción con otros no familia	No	Si

Paciente 6

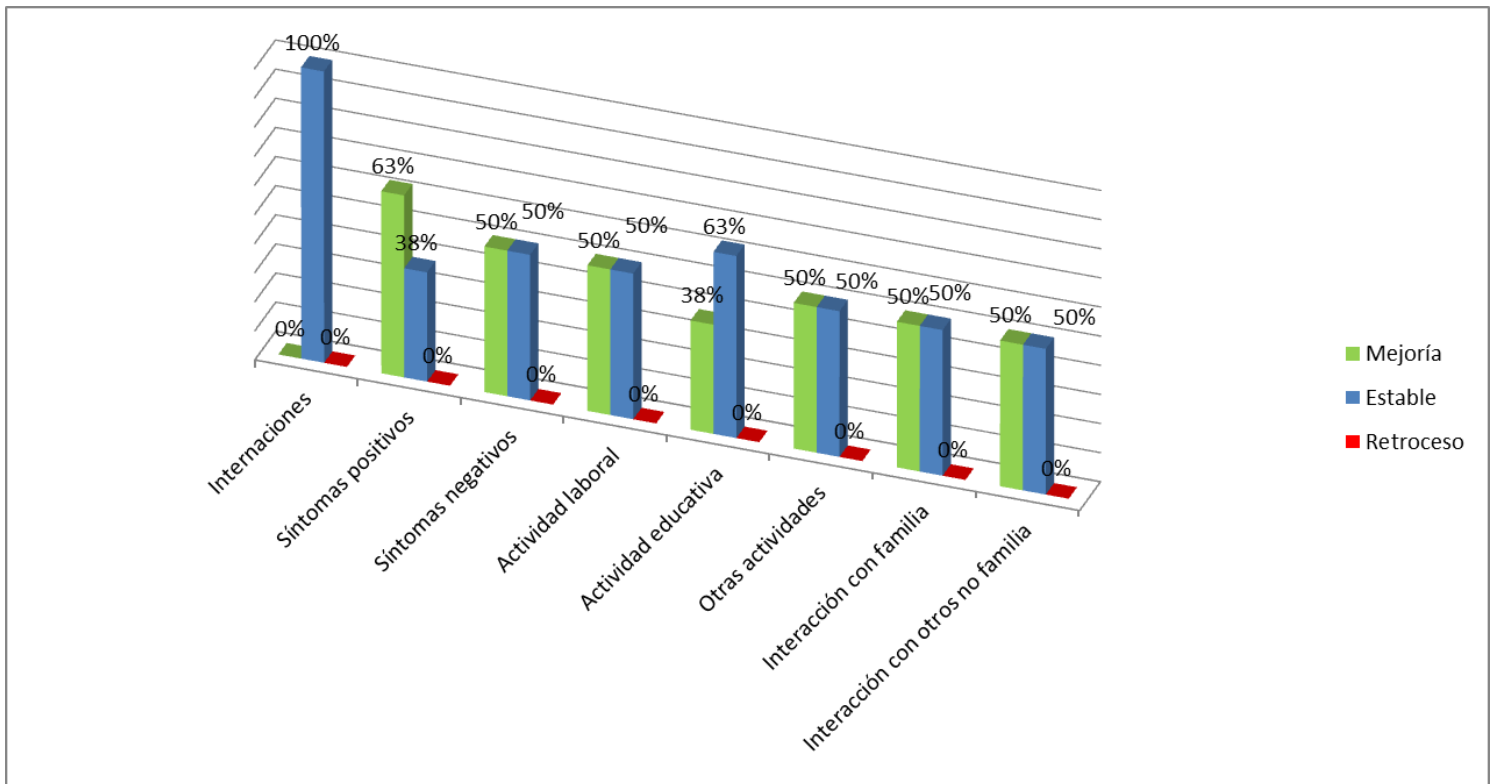
	Inicio	Fin
Internaciones	3	3
Síntomas positivos	D Aav	D
Síntomas negativos	An Ar Ap	Ar Ap
Actividad laboral	No	No
Actividad educativa	No	No
Otras actividades	No	Si
Interacción con familia	Regular	Buena
Interacción con otros no familia	No	No

Paciente 7

	Inicio	Fin
Internaciones	0	0
Síntomas positivos	D	D
Síntomas negativos	An	An
Actividad laboral	No	No
Actividad educativa	No	No
Otras actividades	No	No
Interacción con familia	Regular	Regular
Interacción con otros no familia	No	No

Paciente 8

	Inicio	Fin
Internaciones	1	1
Síntomas positivos	D Aav	D
Síntomas negativos	Ar	Ar
Actividad laboral	Si	Si
Actividad educativa	No	Si
Otras actividades	Si	Si
Interacción con familia	N/E	N/E
Interacción con otros no familia	Si	Si



Gráfica sobre porcentaje de mejorías, estabilidad o retroceso al año y medio de participar en el grupo terapéutico. (Para los resultados de Actividades e Interacciones se tomó como Mejoría aquellos casos en que se mantuvo el logro previo).

6.c Análisis de las sesiones del grupo terapéutico.

Se tomaron para el análisis nueve sesiones correspondientes a las tres primeras del lapso del estudio comprendidas en el mes de julio del 2013; a las tres que promediaron el proceso durante el mes de marzo de 2014; y a las tres últimas sesiones previas a cumplir el año y medio de trabajo en el grupo en el mes de diciembre de 2014, momento en el que comenzaron a su vez las entrevistas individuales y la aplicación de la escala EEAG (DSM IV, 1995). Con la agrupación de tres sesiones se constituyen tres etapas, inicial, intermedia y final del proceso estudiado en el grupo terapéutico durante un año y medio.

Sesión 1: En esta sesión las temáticas abordadas por los pacientes refieren al pasado, los logros perdidos, el antes y el después de la enfermedad y el corte en el transcurso de su existencia que implicó la irrupción de la esquizofrenia. Se esboza un sentimiento de nostalgia y tristeza por lo que fue y se perdió, aspecto que dio lugar a una nueva categoría de análisis la número 6, acerca de las pérdidas y la recuperación. Hay un predominio de intervenciones que son englobadas por la categoría 4 acerca de la actividad global de los pacientes, con 10 intervenciones sobre los cursos y estudios con los que cuenta cada paciente, interrelacionándose con la categoría 6 sobre lo que podían hacer antes de enfermar y ahora les cuesta. *“(...) era fácil, cambió, ahora es súper difícil (...)”*. En dos intervenciones se atraviesa la categoría 4 con la 2 y se ve como la estabilidad sintomática que logran influye en sus posibilidades de concreción de actividades en el futuro. Sobre la categoría 2 aparece la mejoría subjetiva que sienten los pacientes en relación al tiempo de comienzo de su enfermedad: *“Igual mi cabeza anda mejor.”*, y a lo que queda en cada uno de presencia de síntomas negativos, la falta de ganas y de motivación para emprender y sostener diversas actividades en la actualidad. Hay una única intervención que refiere a la categoría 1 con la valoración positiva del espacio del grupo: *“Yo no estaría integrado sino fuera por acá (...)”*.

Sesión 2: En esta sesión los contenidos atraviesan la situación actual y presente de los pacientes y como organizan su tiempo en función de actividades cotidianas en su contexto familiar. Sus cuidados físicos, la salud, y la apariencia física y su presencia ante los otros. Estos contenidos se relacionan con aspectos de la categoría 2 y la influencia de la estabilidad sintomática para poder hacerse cargo de sí mismo en estos aspectos básicos del cuidado personal: *“...me saqué el carné de salud.”* Surgen elementos que los vinculan con la categoría 5 y la conciencia de los síntomas, fundamentalmente negativos, que menoscaban su condición social esencial de estar con otros: *“...no me enfermé en lo físico sino mentalmente, el cerebro es una lechuga.”* Predominan los contenidos en torno a la categoría 4, con trece intervenciones, en el nivel de actividad cotidiana que logran tener,

interrelacionada con la categoría 2 sobre estabilidad sintomática: “...estoy cansado...lavé, estoy tratando de lavar.”, “yo estuve mal porque tomé cerveza y dejé la medicación.”, “...me exigía para no dormir...”. Vuelve a surgir al comienzo de la sesión la valoración positiva del grupo terapéutico como espacio para poder hablar y en privacidad, con dos intervenciones sobre las categorías 1 y 10. Desde las intervenciones de los cinco pacientes que asistieron a esta sesión los contenidos de sus discursos giran fundamentalmente a los tópicos de la toma de conciencia de la influencia que tiene la sintomatología negativa, que ellos experimentan, al momento de la concreción de actividades, y a la necesidad de adherir con constancia al tratamiento farmacológico como facilitador de esa concreción. Las actividades llegan a ser las basales del sueño y la higiene personal, incluso más que las sociales.

Sesión 3: Esta sesión corresponde al final de una primera etapa de análisis de lo trabajado en el grupo terapéutico y que corresponde a los inicios de un período de estabilidad en la integración del grupo terapéutico dentro del Centro de RHPS. Es en esta sesión donde surgen los contenidos que se tomaron para conformar la categoría de análisis número 6 sobre los orígenes de la identidad y la historización de contenidos vitales significativos en la vida de los pacientes. Hablan del pasado, lo que hacían en la infancia, la adolescencia, los logros, y como mirar para adelante y lo que cuesta, lo que hay que pelear para cambiar: “Vi...”, “...quería ser...”, “...tenía...”, “...miraba...”, “...era...”. Hay dos intervenciones sobre la categoría 1 y la valoración positiva del grupo terapéutico al constatar como progresaron los pacientes que pasaron al pre egreso del Centro, y como se adquiere familiaridad y confianza en el grupo. Continúa habiendo un predominio de las intervenciones de los pacientes en torno a los contenidos de la categoría 4, en temas vinculados al relacionamiento familiar, los afectos, sobre todo con hermanos, hijos y sobrinos: “...estoy encantado con mi sobrina.”, “...tuve un cumpleaños de 90...estaba mi hijo...disfruté.”, “...me corta el pelo mi hermana...”. En dos de las quince intervenciones sobre la categoría 4 se da la asociación con contenidos de la categoría 2 y las dificultades que generan los síntomas negativos para hacer cosas verbalizadas por lo pacientes como: “Estoy aplastada...me da pereza...”, “...no me dan los tiempos...”, “...estoy cansado...llego cansado.”.

En estas tres primeras sesiones correspondientes al período inicial de un año y medio de participación en el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, tomado como lapso para este estudio, el análisis de su contenido da cuenta de las dificultades individuales de sus integrantes. La falta de ganas (apatía), la dificultad de disfrutar de las posibilidades de experiencias actuales (anhedonia), y el escaso nivel de actividad psicológica y vincular, así como del acotado interés puesto en las actividades sociales y laborales. El análisis de estos contenidos da cuenta de la perspectiva clínica del deterioro que generan los síntomas negativos de la esquizofrenia en los pacientes que la padecen. Si bien se rescata la

valoración positiva que los pacientes hacen del espacio grupal, fundamentalmente como lugar de contención y soporte, aún no se conciben aspectos necesarios para profundizar en la dinámica grupal como sería el buen espíritu de grupo y el establecimiento de una mentalidad grupal y una cultura grupal (Bion, 1976) que genere un colectivo que coopere entre sí para la concreción de objetivos terapéuticos comunes, a favor de la recuperación de cada uno de los participantes del grupo. La mirada sobre sí mismos y un escaso nivel de intertransferencia (Bernard, 1995) entre ellos es lo que predomina en este tiempo. La coordinación del grupo, a través de las intervenciones de las terapeutas, busca establecer una dinámica grupal y abrir la participación radial focalizada en ellas, hacia los demás participantes. Si bien no es un nivel de análisis tenido en cuenta en este estudio, cabe destacar que el registro intertransferencial entre las terapeutas muestra que el sentimiento preponderante en este tiempo es el de la frustración y la desilusión, aspecto esencial a tener en cuenta por la resistencia que genera en el trabajo clínico con pacientes con patologías mentales crónicas.

Sesión 4: Esta sesión corresponde al inicio de la mitad del período estudiado del proceso del grupo terapéutico, a los seis meses de un encuadre grupal estable en cuanto a la composición del grupo, con los mismos ocho pacientes concurriendo en ese lapso, sin ingresos ni egresos estipulados desde el Centro. Comienza a darse una interrelación e intercambio entre los propios pacientes, con más intervenciones asociadas a lo que va diciendo uno u otro participante. Se construye una secuencia lógica a partir de esa interacción, lo cual marca el inicio de la construcción de una cadena asociativa grupal (Kaës y Anzieu, 1979) promotora de la dinámica grupal y del proceso terapéutico. Este movimiento se propició por las intervenciones que trajeron sobre el tema de los afectos y de los vínculos, primero en relación a sus mascotas y luego en relación a su familia y lo asociado a la categoría de análisis sobre los miedos y las pérdidas: *“La gata de la vecina falleció, no, la vecina, y la gata se quedó...”*, *“...estoy conforme con el perro que tengo pero a veces es a ver quién manda más.”*, *“Ahora tengo a mi familia acá, hace siete años que no veo a mi padre, yo lo extraño aunque no tengo una relación tan cercana con mi hermana...”*. Continúan prevaleciendo las intervenciones en torno a la categoría 4 sobre el nivel de actividades que alcanzan, interrelacionada con la categoría 2 sobre la necesidad de la estabilidad sintomática para posibilitar la concreción de algunas de ellas: *“Estar mal te cambia y te lleva tiempo estabilizarte. Yo estoy mejor hoy, más despierto.”*

Sesión 5: En esta sesión aparecen contenidos temáticos sobre el mundo del trabajo, las posibilidades para acceder al mercado laboral, el manejo del dinero con el que cuentan por cobrar pensión por discapacidad, como aportan en sus hogares con este dinero, y la interacción social y familiar que implican estos aspectos. Estos contenidos surgen a partir

del predominio de intervenciones analizadas con la categoría 4 y el nivel de actividad global que logran: *“Estoy trabajando...”, “...yo tengo esperanza de trabajar.”, “...es un esfuerzo...un compromiso...hay que ser puntual y rendir...”, “...igual estoy haciendo el trámite de la pensión...”, “...es para mi padre y para mi...”, “...nosotros no estamos en pre egreso, solo los que van a la pasantía en otro Centro...”*. Se empieza a dar un mayor nivel de compromiso en los diálogos entre uno y otro, con un mayor nivel de escucha de lo que dicen los otros. Hay contenidos en torno a la categoría 8 sobre el miedo de la pérdida del familiar de referencia por enfermedad o incluso la muerte, refiriéndose al padre un paciente dice: *“Me preocupa, me conviene que vaya al médico...me asusté...”*. Surgen dos intervenciones en relación a las categorías 2 y la estabilidad sintomática y la categoría 5 y la conciencia de la enfermedad y como así se logran concretar actividades como el trabajo, y lo necesario de cuidar la salud y tratarse: *“Yo resisto más las pastillas, antes estaba mareado, la psiquiatra no estaba y me repitieron la medicación...”*.

Sesión 6: Esta sesión corresponde al final de una etapa en el medio del proceso estudiado, se continúan afianzando los intercambios verbales más fluidos entre ellos, conformándose una cadena asociativa grupal (Kaës y Anzieu, 1979) que dinamiza el proceso terapéutico. Los contenidos englobados en la categoría 4 sobre el nivel de actividades que logran, predominan en seis intervenciones: *“Yo trabajé seis horas...”, “...pedía para hacer teatro pero hay que leer frente a todos...”, “A mí me gustaría panadería...”, “...me cuesta hacer los mandados, que concepto van a tener de mí.”*. Comienzan a hablar directamente de sus síntomas tanto de los negativos que son un freno para la actividad global, como de los síntomas positivos que también interfieren en sus posibilidades de interacción social con otros, fuera del grupo y del Centro: *“Todos pasamos por tímidos...”, “Yo acá tengo vínculos, afuera no...”, “Porque nosotros somos parecidos, negativos...pienso que dejo mal al profesor...por telepatía...”, “A mí me pasa también lo de la buena o mala onda, que emana algo...”*. También aparecen en el discurso contenidos referidos a los orígenes de su identidad, la subjetividad de cada uno, lo que los une como el tratamiento y la enfermedad, y lo que los diferencia, se interrelacionan las categorías 5 sobre la conciencia de enfermedad a partir del reconocimiento de las limitaciones, y la categoría 7 con la historización de acontecimientos vitales. Hay intervenciones que rescatan al grupo como sostén y contención, así como facilitador de la posibilidad de recuperación, las categorías 1 con valoración positiva del grupo y la categoría 6 con la posibilidad de construir nuevos proyectos vitales, surgen como nuevos tópicos de trabajo en el grupo. La dinámica grupal instalada promovió que uno de los pacientes trajera un sueño a la sesión: *“Yo tuve pesadillas....”*.

En este segundo período correspondiente a la etapa intermedia del proceso terapéutico grupal seleccionado, se percata a través del análisis del contenido de cada una de las tres sesiones, la incidencia que tuvo un encuadre psicoanalítico constante y estable sostenido hasta ese momento. Hubo un tiempo previo donde se instaló la rutina semanal de día, hora y espacio físico definido y sostenido en el tiempo, y donde se consolidó una composición de ocho pacientes participantes de forma estable. Antes de lograda esta estabilidad, el grupo había podido tolerar un proceso previo al del año y medio del estudio, en el cual iba recibiendo a nuevos integrantes e iba tolerando el egreso de otros, aspecto que surge en el texto de la sesión 5. A este punto se le suma la posibilidad de una mayor interacción entre las intervenciones verbales de los pacientes en este tiempo de las sesiones, lo que da cuenta del comienzo incipiente de características centrales en un grupo como lo es el sostén de la actividad colaborativa entre sus integrantes. De esta manera se esboza una cadena asociativa grupal (Kaës y Anzieu, 1979) en el discurso de los pacientes con un hilo conductor de temas que mantienen el juicio de realidad (Kernberg, 1987) aunque se logre hablar del mundo delirante de alguno de ellos. El grupo comienza de esta forma a trabajar en pos de una tarea y objetivo común que es el participar de un espacio terapéutico colectivo, en interacción con otros. Surgen los temas del trabajo, de la historización de la identidad individual, los miedos a las pérdidas, la conciencia de sus síntomas y se esboza la conciencia de enfermedad. Se trata de un período del proceso terapéutico grupal donde se evidencia en los contenidos del discurso de los pacientes en las sesiones correspondientes, la potencia que tiene en cada participante la valencia (Bion, 1976) para estar con otros más allá de la retracción autística (Ey, 1969) que promueve la esquizofrenia. La orientación psicoanalítica del encuadre estable de trabajo con este grupo, inauguró la verbalización del contenido de un sueño por parte de uno de sus integrantes, que aunque no se analice interpretativamente desde la coordinación, abrió la posibilidad de trabajar un registro nuevo y diferente al de la realidad o al del delirio.

Sesión 7: A partir de esta sesión se inicia la etapa final del proceso terapéutico grupal establecido para este estudio, es una etapa que coincide con una época del año cercana a su finalización, la cual promueve la movilización de balances sobre lo realizado y temores acerca del futuro próximo. Continúan predominando las intervenciones en torno a los contenidos temáticos establecido en la categoría 4 de análisis, sobre el nivel de actividad global alcanzado por los pacientes hasta entonces. Los temas versan en torno a cómo se sienten ellos para poder relacionarse con otras personas y poder hacer cosas. Se retoman las preocupaciones realistas sobre la apariencia física, el cuidado personal, el aliño, y la necesidad de cuidarse para estar mejor. Se asocian así los contenidos a los descritos en la categoría 2 sobre las posibilidades que brinda el mantenimiento de la estabilidad sintomática

para generar diversos proyectos vitales. Continúa afianzándose la toma de conciencia de sus síntomas, sobre todo de los negativos y la necesidad de tratarse para luchar contra sus efectos. Se esboza también la conciencia de enfermedad, con las dificultades por el nivel de sufrimiento que conlleva reconocerse con una enfermedad crónica y limitante (Gabbard, 2000): *“...tengo esquizofrenia apragmática me dijo el doctor, busqué en internet y te da desgano de todo.”*, *“...hablé con un compañero que le pidió los antidepresivos.”*, *“Yo también tomo todos los días, por los nervios y más emociones, cuando estudiaba...había un cúmulo de gente y me daban nervios...estrés.”*. Es la primera vez en el transcurso del proceso terapéutico que se manifiesta por parte de tres pacientes la temática de la pareja, las novias que tuvieron y el pensar en las dificultades actuales para vincularse desde ese lugar: *“Yo tenía una compañera...que le gusté y yo por nervioso no actué.”*, *“Yo tuve novias...una...me dijo que era lento...”*, *“...a mí me empezó a gustar...y cuando ella si no me animé.”*. En esta sesión se verbalizan en dos intervenciones de dos pacientes distintos el agradecimiento por contar con el espacio que brinda el grupo: *“...gracias por el espacio.”*, *“Si gracias.”*.

Sesión 8: En esta sesión se generan los contenidos sobre las posibilidades de privacidad que da el espacio del grupo terapéutico para poder y animarse a hablar y desahogarse de sus vivencias penosas y asociadas a la enfermedad, como se describe en la categoría 10 de análisis. Es una etapa cercana a la de la finalización del año y se habla sobre los que no están presentes en el grupo y sobre los integrantes que faltan en sus familias, los que vienen y los que se van del Centro: *“Y el tallerista X?...Y los dos practicantes cambian?”*, *“...voy solo al partido, mi padre ya está veterano.”*, *“...voy a festejar con una torta, para mi tía y mi hermano...”*, *“Mis hermanos están peleados, hoy somos pocos para hablar, yo me preocupo demasiado.”*. También comienzan a proyectar las posibilidades de tener actividades fuera del Centro, y nuevamente los cuidados personales para acceder al mundo del trabajo, a los estudios y al espacio social comunitario compartido con otros. Es el comienzo del trabajo sobre las posibilidades de recuperación, más allá de las limitaciones de la enfermedad, aspectos de la categoría 6 y la concreción de proyectos vitales. Estos contenidos se asocian a los descritos en la categoría 4 de análisis sobre el nivel de actividad alcanzado en cada paciente y los logros y proyectos que se proponen y que apuntalan en el grupo, aspectos que continúan predominando en el discurso de los pacientes: *“Me reenganché con el liceo...”*, *“Saqué entradas para el partido...Es como un regalo.”*, *“Y voy a festejar con una torta...”*, *“Yo ya saqué hora para el carné de salud...”*, *“Yo estoy haciendo el trámite de la pensión...”*. La posibilidad de generar vínculos fuera del Centro y la posibilidad de tener pareja surge nuevamente como tópicos en la sesión, este aspecto da cuenta de la movilización afectiva que opera contra los síntomas negativos del afecto restringido o aplanado (Gabbard, 2000).

Sesión 9: En esta sesión se cierra el período estipulado para el estudio de la incidencia de este grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, en el proceso de rehabilitación psicosocial que transitan los ocho pacientes. Se trabajan contenidos sobre la toma de contacto con las limitaciones que acarrea la enfermedad, las frustraciones, lo que no se puede pero también lo que sí. Son elementos de la categoría 5 que amplían la toma de conciencia sobre la enfermedad, y como se animan y logran verbalizarlo: *“Tomé de X lo de estar tranquilo en su casa, no trabajar...pero no puedo aceptar la idea de eso, estoy decaído, me cuesta tener que hacer algo en mi casa, algo para mí, para mi futuro.”*. El grupo sostiene en las vivencias depresivas que acompañan a la toma de conciencia de aspectos de la enfermedad y deja en evidencia los riesgos y los cuidados que requiere este trabajo terapéutico: *“...es una exigencia, trato de hacer poco pero tengo el entusiasmo de hacer mucho.”*. Es una sesión más donde predominan las intervenciones sobre los tópicos de la categoría 4 y la preocupación de poder acceder a actividades sociales y al contacto e interacción con otros. Cuidar su aspecto físico y lo básico de su salud son preocupaciones recurrentes que apuntalan la esperanza de estar bien y apostar a su recuperación. Uno de los pacientes trae un sueño a la sesión, lo describe y se abre la posibilidad de trabajar sobre algunos de los aspectos que se asocian, y surge el tema de la sexualidad, de la muerte y de la vergüenza. Se deja así abierta la posibilidad a futuro de trabajar sobre el auto estigma por padecer una enfermedad mental y qué de cada uno contribuye a la exclusión social que padecen y que los aísla del contacto con otros.

Estas últimas tres sesiones de la etapa final del proceso de un año y medio dan cuenta de la evolución del proceso terapéutico vivido por el grupo hacia la construcción de una dinámica grupal y un buen espíritu de grupo que posibilitó la concreción de objetivos terapéuticos (Bion, 1976). La estabilidad del encuadre psicoanalítico trabajó en conjunto con la estabilidad de la participación de los pacientes lograda en ese lapso, lo que permitió consolidar al grupo como espacio de apuntalamiento, soporte y sostén (Käes y Anzieu, 1979) de las vivencias personales de cada integrante. En el transcurso de este año y medio se llegó a establecer en momentos de algunas sesiones, sobre la mitad y el final del período estudiado, una cadena asociativa grupal (Käes y Anzieu, 1979) conformada por los eslabones del discurso de cada paciente en un hilo conductor común, con finalidad comunicativa y con interacción personal entre cada paciente. Los señalamientos, clarificaciones y por momentos la confrontación y la interpretación desde la conservación del juicio de realidad (Kermberg, 1987), se logró establecer no solo desde las coordinadoras – terapeutas del grupo, sino a partir de las intervenciones de pacientes dirigidas hacia otros de ellos. Se trabajó en diversas sesiones, los contenidos vinculados a la sintomatología que tienen cada uno de ellos y que resulta incompatible en otros ámbitos sociales. Este aspecto

fue vehiculizado por lo que los pacientes trajeron como la privacidad con la que contaban en el grupo para poder hablar y expresar esos sentimientos y pensamientos. Se esbozó la toma de conciencia de aspectos de su enfermedad y se mantuvo y consolidó la estabilidad sintomática con la que contaban al ingresar al Centro de RHPS. Ninguno de los ocho pacientes tuvo internaciones durante ese período de año y medio y solo uno de ellos sufrió una recaída con la agudización de sus síntomas a partir de un desencadenante externo. Hubo un proceso de historización de los orígenes de la constitución de la identidad de algunos de los pacientes, que promovió en el grupo el poder compartir con otros hechos significativos de la vida. Este último aspecto rescató a algunos de los pacientes de los sentimientos depresivos y devastadores de las pérdidas asociadas a la irrupción de la enfermedad, integrar el antes y el después en una continuidad existencial que el trabajo grupal habilitó a construir. Hubo un predominio evidente en cada una de las nueve sesiones seleccionadas, de contenidos temáticos referidos al nivel de actividades que alcanzaban tener en diferentes áreas y al que habían perdido y luchaban por recuperar. Así como ya había surgido en algunas de las entrevistas individuales, en el análisis de los contenidos de las sesiones surgió el agradecimiento por parte de los pacientes, por poder contar con el espacio grupal dentro del Centro de RHPS al que concurren. Todos estos elementos más la explicitación verbal directa de los pacientes en todas las entrevistas y en el transcurso del proceso terapéutico vivido en el grupo, indican una valoración positiva del grupo terapéutico de orientación psicoanalítica enmarcado en un programa de rehabilitación psicosocial.

6.d Escala de Evaluación de la Actividad Global, juicio clínico y articulación con datos de entrevistas y sesiones

La valoración de esta Escala fue determinada a partir de la observación clínica sistemática del transcurrir de cada paciente en el Centro de rehabilitación, al momento de cumplido un año y medio de participación en el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica. Fue realizada entre ambas coordinadoras del grupo terapéutico.

Se recuerda que la valoración de la Escala de 0 a 100 de la actividad general del paciente, en relación a lo psicosocial, lo laboral y lo social, corresponde al momento de cumplirse un año y medio (18 meses) de proceso psicoterapéutico en el grupo. Se considera que a mayor puntaje, mejor nivel de actividad general alcanzado, siendo más de 50 lo esperado para salir de la situación de gravedad de los síntomas y de las dificultades en la actividad global. Los códigos intermedios entre cada decena pueden ser utilizados cuando se considera necesario, pero cada juicio clínico de la Escala abarca y corresponde a la

totalidad de una decena (por ejemplo entre 31 y 40 se considera el mismo juicio clínico que brinda la Escala), según el DSM-IV (1995). Los cambios de decenas implican una diferencia en la apreciación clínica de los síntomas, que van desde una situación grave y de peligro, a una de inexistencia de los mismos entre 0 y 100 de puntaje. Y esa Escala puntuada de 0 a 100 recorre desde la incapacidad de mantener ninguna actividad, a una actividad satisfactoria lograda en un espectro amplio de actividades.

La puntuación de esta Escala refleja directamente lo que se considera en la categoría 4 de análisis en este estudio sobre el nivel de actividad global que van logrando los pacientes en el proceso terapéutico grupal de un año y medio. También aporta a la consideración de la estabilidad sintomática que tiene cada paciente según lo que se plantea en la categoría de análisis 2 sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, y que facilita la ejecución de actividades. Y a su vez indirectamente da cuenta de si el paciente tiene cierto grado de conciencia de síntomas y de enfermedad, como se analiza con la categoría 5, y en consecuencia una adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial que le posibilite sostener dicha estabilidad sintomática y le permita tener algún grado de actividad psicosocial significativa.

Puntuación y juicio clínico:

Paciente 1 - EEAG= 62: Este puntaje corresponde a la presencia de algunos síntomas leves y a algunas dificultades en las actividades relacionadas con lo social, lo laboral o lo educativo. Implica un buen funcionamiento general y la posibilidad de tener algunas relaciones interpersonales significativas (DSM-IV, 1995). En este paciente tiene que ver con el mantenimiento de algunas ideas delirantes persecutorias y autoreferenciales en torno a los poderes de su pensamiento para causar daño a personas de su entorno y a la ansiedad y ejecución de rituales en su vida cotidiana que esto le trae aparejado. Los síntomas negativos sobre la falta de ganas y motivación para hacer cosas, son leves y esporádicos ya que logra mantener las actividades que emprende. Si bien no se plantea acceder al mundo del trabajo, mantiene una actividad deportiva con formación académica desde hace más de cinco años y eso le posibilita interactuar con personas fuera de su entorno familiar todas las semanas. Además tiene un amigo y una buena relación con uno de sus hermanos, con quienes realiza salidas recreativas. El juicio clínico que se desprende de la Escala es congruente con el nivel de participación del paciente en el grupo y con las respuestas que logró dar en la entrevista.

Paciente 2 - EEAG= 65: Este puntaje corresponde a la presencia de algunos síntomas leves y a algunas dificultades en las actividades relacionadas con lo social, lo laboral o lo educativo. Implica un buen funcionamiento general y la posibilidad de tener

algunas relaciones interpersonales significativas (DSM-IV, 1995). En este paciente se da la presencia leve de síntomas positivos de la esquizofrenia sobre un pensamiento que si bien no constituye francamente un delirio, se oscurece y se desorganiza dificultando su comprensión por momentos. Los síntomas leves en relación a la retracción y el aislamiento surgen ante dificultades en su relacionamiento familiar. Logró sostener una actividad laboral y una curricular de estudio con un buen rendimiento, más allá de las dificultades antes mencionadas. Tiene un amigo como relación significativa con el que sale frecuentemente, todas las semanas y con el que generó un buen vínculo a partir de haber compartido una actividad laboral. El juicio clínico que se desprende de la Escala se relaciona ajustadamente al nivel de actividad social que tiene el paciente, a las respuestas que alcanza a dar en la entrevista y es más favorable de lo que ha sido su nivel de participación directa en el grupo.

Paciente 3 - EEAG= 50: Este puntaje corresponde al límite entre la presencia de síntomas graves y moderados y al límite entre dificultades graves y moderadas en las actividades sociales, laborales o educativas. Es el límite entre no contar con ningún amigo o compañero y tener pocos y con interacciones conflictivas (DSM-IV, 1995). En este paciente se da la presencia de ideas delirantes persecutorias en torno a las exigencias que siente de su entorno y de sí mismo para concretar estudios o trabajos a los que no logra acceder. Tiene presencia de alucinaciones acústico-verbales que son hostiles y que descalifican a su persona, lo que le acarrea sentimientos depresivos recurrentes. No tiene amigos y cuenta con escasas interacciones significativas con familiares y con compañeros del Centro. Presenta dificultades graves a la hora de concretar inscribirse para algún curso o trabajo ya que lo invaden sus ideas persecutorias y depresivas en torno a sus posibilidades de concretar logros. El puntaje obtenido en la Escala tiene que ver con las dificultades en el nivel de actividad general del paciente, pero es menos favorable de lo que él mismo ha logrado manifestar en la entrevista y de lo que ha podido participar y aprovechar la instancia del grupo.

Paciente 4 - EEAG= 51: Este puntaje corresponde tanto a la presencia de síntomas moderados de su patología como a dificultades moderadas en las actividades de las áreas sociales, laborales y educativas, contando con pocas relaciones significativas o siendo éstas conflictivas (DSM-IV). En este paciente surgen ideas delirantes megalomaniacas y alucinaciones acústico verbales cada vez que se enfrenta a situaciones que le generan sobre exigencias a sus posibilidades, y ansiedad persecutoria por no alcanzar sus expectativas. Se enfrasca en hacer más actividades de las que puede sostener en el tiempo y ante el no mantenimiento de ellas se frustra y le sobreviene una sensación de fracaso que lo retrae y aísla aún más. Tiene pocas interacciones con compañeros del Centro o de los trabajos o estudios que emprende, su vínculo más cercano es su madre, con la que tiene

ambivalencia afectiva y dependencia para afrontar la vida cotidiana. El puntaje obtenido en la Escala es congruente con su nivel de actividad general y con el del proceso de rehabilitación psicosocial, pero es más favorable de lo que ha sido su nivel de participación en el grupo, y en cuanto a la integración en su vida cotidiana de lo que allí se trabajó. La entrevista muestra un nivel de elaboración mayor a lo que fue su tránsito por el Centro y por el grupo.

Paciente 5 - EEAG= 80: Este puntaje corresponde al final de la decena correspondiente a la existencia de síntomas en forma transitoria o como reacciones ante situaciones psicosociales estresantes, por las cuales sería esperable la aparición de los síntomas. También existen alteraciones ligeras de las actividades sociales, laborales o educativas, que implican por ejemplo un descenso en el rendimiento habitual (DSM-IV, 1995). En este paciente tiene que ver con algunas ideas persecutorias o de minusvalía que le sobrevienen ante fracasos laborales y ante la imposibilidad de sostener relaciones significativas con otras personas. No presenta alteraciones perceptivas e incluso niega haberlas tenido en algún momento. Tiene un buen desempeño en su actividad laboral y en los cursos que realizó, su desempeño desciende solo si es sometido a sobre exigencias o a críticas desmedidas por parte de otros. Sus interacciones con otros fuera de su familia son escasas, incluso con sus compañeros del Centro. El puntaje obtenido en la Escala por este paciente es más favorable de lo que es su participación directa en el grupo y de lo que logra manifestar verbalmente en la entrevista. Los síntomas negativos relacionados al ensimismamiento atraviesan su interacción con otras personas pero no imposibilitan que él alcance un buen nivel de actividad general en su vida cotidiana.

Paciente 6 - EEAG= 50: Este puntaje corresponde a la presencia de síntomas graves, en el final hacia el cambio de la presencia moderada de los mismos, también da cuenta que las actividades en lo social, lo laboral o lo educativo presentan alteraciones graves, imposibilitando que mantenga un trabajo y que no cuente con amigos (DSM-IV, 1995). En este paciente los síntomas positivos de ideas delirantes y alucinaciones se reagudizan ante situaciones de estrés psicosocial y familiar y los síntomas negativos como el aplanamiento afectivo y la retracción o ensimismamiento son los que se presentan con más gravedad (habla e interactúa escasamente con familiares y compañeros del Centro). No se plantea ninguna actividad laboral ni educativa pero es consciente de las limitaciones que tiene para emprenderlas y sostenerlas en el tiempo. El puntaje obtenido en la Escala corresponde a un juicio clínico que muestra el nivel de deterioro que este paciente tiene con sus casi veinte años de evolución de la enfermedad. El grado de participación directa que el paciente tiene en el grupo y las respuestas que da en la entrevista también muestran el empobrecimiento que él tiene y que compromete sus posibilidades de interacción social.

Paciente 7 - EEAG= 50: Este puntaje corresponde a la presencia de síntomas graves como algunos rituales obsesivos graves (DSM-IV) que a este paciente en particular le retrasan las actividades cotidianas al punto de imposibilitarle salir a tiempo para llegar a realizar la tarea que se había propuesto. También el puntaje corresponde a alteraciones graves de las actividades sociales, laborales o educativas que tienen que ver con sus dificultades para retomar actividades laborales, para concretar su inscripción a algún curso de temas de su interés y para lograr relacionarse con personas fuera de su entorno familiar de forma significativa. Su sistema de pensamiento es lógico, coherente y ordenado pero pierde finalidad comunicativa y se torna delirante en sus temáticas, esto dificulta su relacionamiento con otros ya que presenta ideas persecutorias en relación a cómo será juzgado y evaluado por parte de los otros. Niega tener o haber tenido alucinaciones acústico-verbales, y los síntomas negativos que presenta le dificultan también el salir de su casa e interactuar. El puntaje obtenido en la Escala y su juicio clínico muestran las dificultades que tiene el paciente en la concreción de diferentes actividades sociales, pero su nivel de participación en el grupo y lo que manifiesta en la entrevista dan cuenta del aprovechamiento de las instancias terapéuticas para tomar conciencia de sus dificultades.

Paciente 8 - EEAG= 59: El puntaje obtenido en la Escala corresponde a la presencia de síntomas moderados, que en este caso se correlacionan con los planteados exactamente como ejemplo en cuanto a la presencia de afecto aplanado, aspecto característico de esta paciente. También tiene que ver con las dificultades moderadas en las actividades sociales, laborales o educativas, donde se cuentan con pocas relaciones significativas o se tienen conflictos en la interacción (DSM-IV, 1995). En el caso de esta paciente la presencia del afecto aplanado le restringe sus capacidades de interacción con otros, y por no contar con referentes familiares que la acompañen en su tratamiento, estas dificultades la enfrentan a situaciones conflictivas en las que queda vulnerable y con pocos recursos para afrontarlas. La organización de su vida cotidiana es dificultosa y menoscaba su nivel de actividad global. El puntaje obtenido en la escala y el juicio clínico correspondiente se ajustan a las dificultades que la paciente tiene en el relacionamiento con otros y en su escasa participación en todas las actividades de rehabilitación psicosocial del Centro, incluso por su escasa asistencia al grupo en comparación con otros integrantes.

Más allá de algunas diferencias descritas entre los datos recabados de las entrevistas a los pacientes, y la participación que tenían dentro del espacio del grupo terapéutico, es relevante el logro de que los ocho pacientes obtuvieran puntajes en la Escala EEAG de 50 puntos o más. Los ocho puntajes están comprendidos entre 50 y 80 puntos, lo que implica que cada paciente obtuvo al menos un nivel medio de actividad global en lo social, psicológico, y laboral o educativo.

El nivel que se alcanza en la Escala, a partir del juicio clínico de quien la realiza, corresponde al momento actual de la toma pero contiene información, según se plantea en el DSM IV (1995), que contribuye al diseño de una estrategia de tratamiento y permite predecir la evolución clínica del paciente. Si bien en este estudio la Escala fue aplicada solo al final de un año y medio de proceso en el grupo terapéutico, se incluye en la valoración del nivel general de actividad que alcanzaron los pacientes del grupo luego de transcurrido ese lapso, el progreso alcanzado luego de ese tránsito. El logro de un nivel intermedio, con un puntaje de 50, da cuenta del progreso en el proceso de rehabilitación psicosocial de cada uno de los pacientes, siendo coincidente que el paciente con mayor puntaje es el único que mantiene un trabajo formal remunerado.

La globalidad de los juicios clínicos comprendidos entre 50 y 80 puntos en la Escala, refuerzan los logros y objetivos terapéuticos alcanzados en el proceso del grupo terapéutico y la incidencia que tuvo dicho proceso en el curso de la rehabilitación psicosocial de cada paciente. Y pautan una evolución hacia las posibilidades de mejoría de la sintomatología presente en cada paciente y de las perspectivas de recuperación de actividades psicosociales y laborales o educativas a futuro. Este último aspecto planteado muestra la necesidad de trabajar clínicamente con pacientes con este tipo de patologías, desde la perspectiva de la recuperación, habilitándose a sentir esperanza (Domingo Díaz del Peral, 2013) por los posibles logros terapéuticos a alcanzar.

7. Conclusiones

Los resultados del estudio se desprenden del análisis de los datos recabados en las sesiones del grupo terapéutico, de las entrevistas individuales, de la aplicación de la Escala EEAG y de la lectura de las historias clínicas con las que cuenta cada paciente en el Centro de RHPS que se construyen a partir de entrevistas. La información fue cotejada por quien lleva adelante el estudio y por la psiquiatra terapeuta co-coordinadora del grupo en el lapso del estudio, como forma de controlar el sesgo de dicho estudio y acotar las implicancias profesionales de quien lo lleva a cabo.

Las conclusiones a las que arriba este estudio cualitativo y descriptivo, se circunscriben a las preguntas que guiaron su ejecución y a los objetivos específicos planteados para ser alcanzados una vez culminado el mismo. A modo de resumen de estos planteos se describen cuatro áreas sobre las que este estudio arriba a primeras conclusiones: cómo fue el logro o mantenimiento de la estabilidad sintomática de los pacientes que participaron del grupo terapéutico durante un año y medio; cuál es la valoración que estos pacientes hacen del grupo terapéutico dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial; a qué nivel de actividad global llegaron luego de transitado ese lapso en el grupo; y cuál es la perspectiva de la inclusión de los grupos de orientación psicoanalítica en los programas de rehabilitación psicosocial.

Luego de un año y medio de tránsito por el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica los ocho pacientes que lo integraron, mantuvieron y afianzaron su estabilidad sintomática, previamente requerida para iniciar su proceso de rehabilitación psicosocial. Los síntomas positivos de delirios y alucinaciones se mantuvieron en manifestaciones tolerables por parte de los pacientes o en forma inexistente para otros, aunque el proceso grupal transitara por momentos en los cuales los pacientes expresaban y trabajaban sobre sus vivencias al respecto. La sintomatología negativa de afecto restringido, abulia, apatía y anhedonia se mantuvo en un nivel que no obstaculizó de forma significativa ni la participación de los pacientes durante ese período de año y medio en el grupo, ni la participación en otras actividades dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial. No hubo ningún paciente que tuviera una recaída por agudización de sus síntomas que implicara una internación psiquiátrica, salvo uno de ellos que solo sufrió una recaída sin internación y que con ajuste del tratamiento farmacológico y el sostén del grupo no resultó significativa dentro del proceso de rehabilitación, ni fue valorada en este estudio.

Dentro del nivel de actividad global, en las áreas sociales, psicológicas, laborales y educativas, logrado por los pacientes que transitaron por el grupo durante ese lapso, todos alcanzaron un puntaje de medio para arriba en la valoración de la Escala de Evaluación de

la Actividad Global del DSM IV (1995). No obstante es destacable que según consigna la misma Escala, los juicios clínicos asociados a esos puntajes dan cuenta de una perspectiva de evolución y pronóstico con tendencia a la mejoría en estos pacientes. Los objetivos generales de los programas de rehabilitación se plantean el trabajar en pos de alcanzar logros significativos de los pacientes en las áreas descritas, como forma de acceder a un mayor nivel de autonomía y a una inserción comunitaria que promueva su dignidad como sujetos. El nivel medio alcanzado en la valoración de las actividades que conciben todos estos pacientes, abre la perspectiva clínica de la tendencia hacia su mejoría y posible recuperación.

La valoración que los pacientes hacen en torno a la posibilidad de contar con el espacio del grupo terapéutico es unánimemente positiva, basada en la privacidad con la que allí cuentan para poder hablar de temas y de sentimientos que los preocupan, muchos de ellos asociados a vivencias de su enfermedad. Los pacientes valoran la posibilidad de contar con otras personas que se encuentran en situaciones similares a las de ellos, con quien poder interactuar y compartir vivencias y sentimientos que en otros contextos los estigmatizaría por padecer una enfermedad mental. Valoran el espacio de escucha de sus vivencias asociadas a los padecimientos de la sintomatología propia de su enfermedad, tanto por parte de las terapeutas coordinadoras como de los otros participantes del grupo. También reconocen las ventajas de la permanencia y de la estabilidad que tiene el espacio del grupo con el que cuentan, promovida por la orientación y el encuadre psicoanalítico dado para el trabajo terapéutico.

Este grupo terapéutico se posiciona en el proceso de rehabilitación de estos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, como un lugar privilegiado donde estos ellos logran expresar lo que les pasa, sus pensamientos y sus vivencias, en un marco de interacción y contacto con otros (sus pares y las coordinadoras). En el mismo se generó una dinámica grupal a partir de relatos de experiencias que fueron construyendo diferentes líneas de sentido a las traídas individualmente por cada paciente. Se vio la potencia del encuentro, el plus que implica lo grupal frente a lo individual y la posibilidad de valencia (Bion, 1976) que conserva todo individuo, más allá de su enfermedad, para poder estar con otros y valorarlo. Hubo durante ese año y medio diferentes etapas y movimientos en la interna de lo trabajado en el grupo, que generó una experiencia diferente e inédita a las que tenían al comienzo de su tratamiento. Lograron poder estar con otros e interactuar a partir de nuevos sentidos, y construir una dinámica grupal que apuntaló y sostuvo ese modo nuevo y particular modo de interacción equitativa y sin estigmas por padecer esquizofrenia.

En este grupo de orientación psicoanalítica que privilegia la escucha de las vivencias que sus integrantes verbalizan acerca de su enfermedad y de las situaciones que atraviesan tanto dentro de su proceso de rehabilitación psicosocial como en su vida cotidiana, se dio lugar a la mirada sobre cada uno de sus integrantes y a la de ellos sobre los otros. La mirada antecede a la comunicación verbal y en este grupo particular formó parte de las vivencias de inclusión y de aceptación por tener dicho espacio de pertenencia. En este dispositivo de grupo terapéutico valorado por los pacientes como espacio para ser escuchados, sin el estigma de la exclusión ni del rechazo por padecer una enfermedad mental, la mirada se constituyó también en una herramienta habilitadora para el despliegue del trabajo terapéutico (Nebot, 2004). A partir de estos aspectos mencionados el grupo se constituyó para estos pacientes, como un espacio de protección y de fortalecimiento para luchar contra el rechazo social que padecen en varias instancias de su cotidianidad. La constancia de participar un año y medio habilitó una mayor conciencia de enfermedad y de síntomas y simultáneamente dio cuenta y potenció la adherencia al tratamiento psicosocial y al proceso de recuperación en cada integrante del grupo.

Además de los datos sobre los que se basa este estudio, corresponde destacar que los tres pacientes que el Centro de RHPS tiene en su Grupo de Pre Egreso en la actualidad, participaron al menos un año y medio del grupo terapéutico estudiado. El Grupo de Pre Egreso es para aquellos que cumplieron con algunos de los objetivos planteados tanto en lo individual como en relación a la RHPS, y que mantienen una mejor y mayor integración a la comunidad de pertenencia. Se deriva al Pre Egreso a aquellos pacientes que lograron sostener más de tres años de proceso integral de RHPS, culminar una Pasantía Laboral y reinsertarse en actividades laborales parciales fuera del Centro. Los datos de esos tres pacientes no fueron tomados en cuenta en este estudio por hacer más de diez meses que no participaban del grupo terapéutico cuando se comenzó el trabajo de campo.

La perspectiva de implementar este tipo de grupos terapéuticos de orientación psicoanalítica dentro de otros programas de rehabilitación psicosocial, debe rescatar y apoyarse en el sostén que brinda al tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia dicho dispositivo, valorado de forma positiva por pacientes que lo experimentaron. Dicha implementación es favorable al aprovechamiento de recursos humanos disponibles en el área clínica, que trabajen desde esa orientación psicoanalítica, predominante en la formación de los psicólogos en el Uruguay (Casas, 2011). Se trata de una implementación viable, accesible y que potencia los objetivos de la rehabilitación psicosocial orientada hacia la recuperación, en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, según los datos que se recabaron en este estudio específico.

Este estudio queda abierto a la profundización y a la mayor sistematización de los datos que recabó en su trabajo de campo, teniendo en cuenta la postura ética y comprometida para trabajar en pos de la dignificación de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Su contribución a la evaluación de dispositivos sanitarios brindados por la salud pública del Uruguay, es el inicio de un proceso que requiere una posición definida en torno a la necesidad de investigar las consecuencias y los efectos de las políticas públicas implementadas en el área de salud mental.

Ratificando planteos de autores españoles que trabajan en psicoterapia grupal con pacientes psicóticos (García y Cabezas, 2013), se considera que este dispositivo brinda satisfacción a los pacientes y técnicos que lo integran, mejora la adherencia a los tratamientos farmacológicos, reduce el número internaciones, posibilita una mayor socialización y genera un mejor funcionamiento global. En este grupo específico de orientación psicoanalítica se concluye en consonancia con estos planteos, que los pacientes valoraron positivamente el contar con un espacio de escucha de estas características, que sostuvieron una estabilidad sintomática durante más de un año de participación en el mismo, y que alcanzaron al menos un nivel medio de actividad global.

8. Referencias Bibliográficas

AAPPG (2015) Biblioteca – Catálogo en línea URL <http://aappg.opac.com.ar/pergamo/cgi-bin/pgopac.cgi?a=ISRCH&Profile=Default&cArea1=MATSTOCK%3A%3ACodBiblioteca&cTermino1=&cTodas1=N&cOperacion2=AND&cArea2=En+todas&cOperacion2=FIN&cTermino2=esquizofrenia+y+psicoanalisis+grupal&bBuscar=Comenzar&cTodas2=S> Recuperado el 1/03/2015.

Aldaz, José Antonio y Vázquez, Camelo (Comps.) (1996) Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. España: Siglo veintiuno de España editores, S.A. Recuperado en 09/2012 URL <http://www.books.google.com>

Alfaro Madrigal, Marianne; Arbuola Castillo, Valerie; Carrillo Medina, Amelia; Espinoza Guerrero, Marianela; Franco Chacón, Natalia; Gómez Rojas, Melania; Rojas Posada, Raquel; Meza Benavides, Mary (2008) “Sistematización de experiencias de enfermería con personas que padecen trastornos mentales y sus familias” Enfermería Actual en Costa Rica (13) octubre-marzo (p1-20). Universidad de Costa Rica. Recuperado en 09/2012 URL <http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44812817002>

Alma Ata (1978) Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. OMS. Recuperado en 12/2014 URL <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Arapdis (2000) Salud...Salud Mental Comunitaria. Recuperado en 08/2013 URL <http://www.arapdis.org>

Ardoino, Jacques (2005) Complejidad y formación. Pensar la educación desde una mirada epistemológica. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Bernard, Marcos y Colbs. (1995) Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica. Bs.As.: Lugar Editorial.

Bion, Wilfred R. (1976) Experiencias en grupos. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bleger, José (1977) Temas de psicología. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión

(1978) Simbiosis y ambigüedad. Buenos Aires: Editorial Paidós.

BPS-Instituto de Seguridad Social. (2012) Prestaciones y Servicios para personas con discapacidad. Montevideo: BPS – Recuperado en 12/2014 URL <http://www.bps.gub.uy>

Casas, Madelón (2011) Tesis de Maestría: Técnicas expresivas: su integración en las prácticas profesionales de los psicólogos egresados de la Universidad de la República. Recuperado en 01/2015 URL <http://www.psico.edu.uy/biblioteca>

Chemama, Roland (1998) Diccionario del Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Cuadernos de Rehabilitación N°8 y N°9 (1997-2000) Publicación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata – Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.

García-Cabeza, I. (2013) Aspectos específicos y diferenciales de la psicoterapia de grupo en la psicosis. Recuperado en 07/2015 URL <http://www.fearp.org/revista/publicados/10b/2631.pdf>

Díaz del Peral, Domingo (2013) El Modelo de Recuperación. Trabajo en Equipo y en Red. En: Red Nacional de Salud Mental de ASSE (2013). Identidad y Convivencia. Experiencias presentadas en la Jornada 2012. Montevideo: Editorial Psicolibros Universitarios.

Ey, Henri (1969) Tratado de psiquiatría. (2da. Edic.) Barcelona: Toray-Masson S.A.

Fernández, Sebastián y Sosa, Soledad (2007) Grupos terapéuticos para pacientes con trastornos mentales severos. Primeras etapas en la rehabilitación. (p 1-9) Trabajo presentado en VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y I Congreso Uruguayo de Psicoterapia “LA PSICOTERAPIA UN DERECHO UNIVERSAL” (20, 21 y 22 de Setiembre- Hotel Four Points). FUPSI.

Foucault, Michel (1964) Historia de la locura. (v.1) (p 1-134) Disponible en: Biblioteca_IRC Recuperado en 08/2013 URL <http://biblioteca.d2g.com>

Freud, Sigmund (1924) Neurosis y psicosis. En Obras Completas T. XIX Buenos Aires: Amorrortu editores (1976).

Gabbard, Glen O. (2000) Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. (3era. Edic.) Bs.As.: Editorial Médica Panamericana.

González-Blanch, César y Colbs. (2010) Effects of Family Psychoeducation on Expressed Emotion and Burden of Care in First-Episode Psychosis: A Prospective Observational Study. The Spanish Journal of Psychology, 13(1), (p389-395) ISSN 1138-7416. Recuperado en 09/2012 URL <http://www.scielo.org>

Guía de Intercentros (2011) Recuperado en 07/ 2013 URL http://www.psicologos.org.uy/20110617_guiacentrosrehabilitacion

INE (2006) Encuesta de hogares ampliada: Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento. Recuperado en 08/2012 URL <http://www.ine.org.uy>

Kaës, Rene y Anzieu, Didier (1979) Crónica de un grupo. Barcelona: GEDISA; S.A.

Kermberg, Otto (1987) Trastornos graves de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.

Marradi, A.; Archenti, N.; Piovani, J. I. (2007) Metodología de las Ciencias Sociales. Emecé Editores, Buenos Aires.

Martínez Rodríguez, Jorge (2011) Métodos de investigación cualitativa. En Recuperado en 03/2015 URL <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53>

Mendilaharsu, Carlos (1988) La interpretación en la Psicosis. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 69 Psicosis (II). Montevideo: A.P.U.

Ministerio de Salud Pública - SNIS (2009) Recuperado en 07/2013 URL <http://www.msp.gub.uy>

Nasio, Juan David (2001) Un psicoanalista en el diván. Buenos Aires: Paidós.

Otero, Virginia (2004) Rehabilitación de enfermos mentales crónico. Evaluación de objetivos. Barcelona: Ars Médica

Pardo, Ignacio (2011) ¿Necesitamos bases filosóficas y epistemológicas para la investigación con Métodos Combinados? en Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales, nº22, jul – dic 2011, UNED (España), (p 91-112).

Pasquale, Evaristo (2009) La reforma psiquiátrica en Trieste, Italia. En Revista Topía Recuperado en 11/2014 URL <http://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>

Popper, Karl (1991) Conjeturas y refutaciones. Bs. As.: Paidós

Rasner, Jorge (2010) De la reflexión epistemológica al diseño de estrategias metodológicas. (p 2-224) En Rasner, J. (coord.) De la epistemología a la metodología y viceversa. Montevideo: UDELAR ISBN 978-9974-0-0600-3

Red Nacional de Salud Mental de ASSE (2013). Identidad y Convivencia. Experiencias presentadas en la Jornada 2012. Montevideo: Editorial Psicolibros Universitarios.

Romero Mendoza, Martha y Galván Reyes, Jorge (2008) La metodología cualitativa en el área de la salud mental pública: programa, temas y retos. FORUM: QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH 9(1), Art. 39 Recuperado en 08/2012 URL <http://www.nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0801394>.

Ruiz Olabuenaga, José I. (2003) Metodología de la investigación cualitativa. (3era. Edición) Bilbao: Artes Gráficas Rontegui, S.A.L.

Rüsch, Nicolás; Angermeyer, Matthias; Corrigan, Patrick (2006) El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para corregirlo. En European Psychiatry (Ed. Esp) 2006; 13:165-176 Recuperado en 10/2014 URL <http://www.france.elsevier.com/direct/EURPSY/>

Sargo, Fernando, Affonseca, Rodrigo y Feijó, Marcelo (2005) Interpersonal psychotherapy in the depression of patients with schizophrenia: proposal of a therapeutic model based on a study of three clinical cases. (p 1-20) En Universidad de Buenos Aires – Biblioteca Virtual de Psicología Recuperado en 02/2015 URL http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/en_v27n3a04.pdf

Sertori, Ana; de Mello, María; Inocenti, Adriana (2005) Grupo de acompañamiento de portadores de Esquizofrenia en uso de Clozapina y de sus familiares: percepción de los participantes. En Universidad de Buenos Aires - Biblioteca Virtual de Psicología Recuperado en 02/2015 URL <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a05v58n5.pdf>

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona: Paidós.

Tecelli Domínguez Martínez, J.; Manel Blanqué, J.; Codina, M.; Montoro, L.; Mauri Neus, B. (2011) Racionalización y estado del arte de la temprana detección e intervención en psicosis. Revista Salud Mental de la Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Facultad de Psicología, Barcelona. Recuperado en 08/2012 URL <http://www.PSICODOC.org>

Tost Pardell, L.; Hernández A de Sotomayor, C.; Rodríguez Pulido, F.; Perestelo Pérez, L.; Pérez Ramos, J.; González de Chávez, M.; Rodríguez García, A.; González Lorenzo, M.; Rivero Santana, A. (2010). Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del

Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N°2007/13. Recuperado en 08/2012 URL [http:// www.funcis.es](http://www.funcis.es)

(2007) Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia. En Servicio Canario de Salud Recuperado en 12/2014 URL <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=bd079b64-27b9-11e0-9151-6b8fe63b66f3&idCarpeta=993a9b1d-7aed-11e4-a62a-758e414b4260>

Valles, M. S. (1999) Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Madrid: Editorial Síntesis.

Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. URL [http://www. Psicothema](http://www.Psicothema). 13(3) (p 345-364) / ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG

Verdugo, Miguel; López, Desiderio; Gómez, Argimiro; Rodríguez, Marta (2002) Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas. Salamanca: Amarú Ediciones.

Villarejo Aguilar, Luis (2009) La teoría fundamentada en la investigación cualitativa. En Revista Portales Médicos. Recuperado en 02/2015 URL <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/teoria-fundamentada-en-investigacion-cualitativa/2/>

WAPR/WHO (1996) Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso. Recuperado en 08/2013 URL <http://www.fearp.org/documents/consensowho.pdf>

9. Anexos: Guion de entrevista, obstáculos y entrevistas; sesiones del grupo terapéutico; consideraciones éticas, riesgos y beneficios del estudio; categorías de análisis; Escala de Evaluación de Actividad Global; consentimientos informados.

9.a Guion de entrevistas

- 1) ¿Cómo influye su participación en el grupo terapéutico en su proceso de rehabilitación psicosocial?
- 2) ¿Cómo valora su participación en el GT dentro de su RHPS?
- 3) ¿Habla de lo que siente en relación a su enfermedad en el grupo?
- 4) ¿Ayudó a comprender más lo que siente al hablarlo o al escuchar a otros que lo hagan?
- 5) ¿Cómo está en relación a los síntomas de su enfermedad (voces-AAV-, dificultad y falta de ganas para hacer cosas) luego de haber participado más de un año en el grupo terapéutico?
- 6) ¿Tuvo alguna internación o crisis mientras ha estado participando del grupo?
- 7) ¿Hubo alguna modificación en usted luego de haber participado más de un año en el GT?
¿Cuál?
- 8) ¿Hubo alguna modificación en su relacionamiento social? ¿Cuál?
- 9) ¿Hubo alguna modificación en lo laboral? ¿Cuál?

Obstáculos:

La técnica de entrevista en profundidad no resultó ser la más apropiada para realizar a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que más allá de su estabilidad sintomática básica necesaria para participar de un tratamiento de rehabilitación psicosocial, tienen más de cinco años de evolución de la enfermedad por lo menos y por ende un grado de deterioro acorde a dicha evolución. Lo central de la sintomatología que se manifiesta con la esquizofrenia tiene que ver con los síntomas negativos de abulia, apatía y anhedonia, condensados en la retracción autística que define Ey (1969) y que dificultan justamente el contacto y el vínculo con el mundo exterior. Si a esto se le agrega la ideación paranoide crónica propia de la enfermedad, aunque no constituyan francas ideas delirantes

persecutorias, es otro factor que resiente la apertura al diálogo y la conversación fluida en un clima de confianza que requiere la entrevista.

Es una técnica que aunque se haya dado en el marco de un buen rapport afectivo e ideico, generó en la mayoría de los pacientes un nivel de ansiedad persecutoria que los puso reticentes a la hora de profundizar en las respuestas. Los monosílabos, la concreción y la tangencialidad de las respuestas obtenidas en las entrevistas, fundamentan este análisis de las dificultades planteadas con esta técnica.

Con las nueve preguntas planteadas inicialmente como guion de las entrevistas en profundidad, basadas en categorías de análisis (valoración del GT, estabilidad sintomática, internaciones y funcionamiento global) en función de los objetivos del estudio, realicé una condensación en cuatro puntos que surgen a partir de los encuentros con los pacientes y a través de sus historias clínicas, para así enriquecer y profundizar los escasos datos obtenidos en las escuetas respuestas.

- Cómo influye y cómo valora su participación en el GT dentro de su proceso de RHPS, fueron las únicas preguntas hechas directamente a los pacientes en el marco de la entrevista con las que se logró recabar los datos específicos que dan cuenta de las respuestas.
- Qué se habló y que se escuchó de otros en relación a la propia enfermedad en el GT, son datos que se extraen de la transcripción textual de las sesiones del GT seleccionadas para el estudio.
- La estabilidad sintomática alcanzada o sostenida durante un año y medio de participación en el GT, así como la presencia o no de internaciones durante ese período, se desprenden de la observación clínica cotidiana de los pacientes por parte de quien realiza el estudio y de los registros de sus historias clínicas.
- La concreción de alguna modificación en el funcionamiento global de los pacientes, en las áreas laboral y de relacionamiento social, son datos que se recaban de la observación clínica cotidiana, de las historias clínicas y de la profundidad alcanzada en la pregunta uno. Este punto se apoya también en la aplicación de la Escala EEAG realizada a estos pacientes.

Entrevistas:

Paciente 1 (EEAG 57)

1) Me gusta venir este día porque si no yo no hablo casi en mi casa, es como que estoy pero no estoy. Acá me cuesta también pero hago cosas.

2) Yo escucho pero a veces me cuesta, me pierdo de lo que dicen o no hablo por si no tiene nada que ver lo que digo, pero me sirve escuchar a los compañeros y a veces hablo también y me comprenden.

3) Si, cuando puedo, sino en otro lado quedo como una loca, acá siento que me comprenden, o si escucho a uno y digo mirá lo que le pasa, entonces yo no estoy tan loca (ríe).

4) Si, te ayuda, te comprenden, y lo que me dicen a veces que son cosas mías, que no me preocupe. Yo soy muy miedosa, duermo con la luz prendida.

5) Voy a las clases de la iglesia, o a la casa de mi hijo, ellos me entienden más, antes ni iba. Y puedo hablar acá, hago cosas cuando vengo pero en mi casa paso cansada. Siente voces (alucinaciones acústico verbales – AAV) solo si se desestabiliza por situaciones de estrés familiar, lo mismo que ideas persecutorias que ella trae como miedos. Las mayores dificultades están en sostener la continuidad en sus emprendimientos cotidianos o proyectos personales, y en su concurrencia al Centro.

6) No tuvo internaciones durante el proceso en el GT cuenta con 3 anteriores al inicio de su proceso de RHPS. “Una vez estuve meses internada”.

7) Si ahora hablo más, participo, hago cosas, igual me cuesta venir, arrancar. Pero voy a los cumpleaños, a las fiestas del jardín de mi nieto.

8) y 9)

Fuera de su concurrencia sostenida pero con dificultades en la asiduidad al Centro, logró mantener una actividad de formación no curricular en cestería en una institución de la comunidad durante casi un año. Tiene mejor y mayor relacionamiento familiar y social con su hijo y con las actividades curriculares de su nieto. No se plantea ninguna actividad educativa formal ni no formal por ahora y si tiene como posible proyecto generarse alguna actividad laboral acorde a sus posibilidades (menos horario y contemplación de las dificultades propias de su enfermedad para sostener con estabilidad el trabajo).

Paciente 2 (EEAG 62)

1) Me gusta sí. Es como el espacio de Psicoeducación que hablamos de la enfermedad.

2) Se hace igual aunque seamos pocos los que vinimos, no con uno pero si a veces fuimos dos.

3) Yo me desahogo pero las cosas íntimas no las cuento.

4) A veces hablo mucho y le saco tiempo a otros. El otro día me fui estresado porque no pude hablar, pero me dejé salir adelante, tomé café, me bañé y salí bien, pero no es una queja.

5) Tiene ideas persecutorias en relación a daños que él puede generar en los demás con sus pensamientos, y la rumiación de éste en relación a esas ideas. No siente voces, solo le aparecen ante situaciones estresantes o que le generan ansiedad (problemas familiares entre sus hermanos, viajes o salidas con su familia).

6) No tuvo internaciones durante el proceso en el GT, tiene una anterior a la RHPS. “Estuve en sala de Florida y mis padres se hicieron cargo para no ir al Vilardebó”.

7) Doy gracias por el espacio. A mí me gusta la psicología, es verdad.

8) y 9)

Mantiene fuera del proceso de RHPS que sostiene regularmente (no tiene más de dos faltas justificadas por mes), clases de un arte marcial como único curso, no trabaja y tampoco se lo propone como proyecto a futuro, si poder mantener esas clases y el concurrir al Centro.

Paciente 3 (EEAG 47)

1) Es mi día preferido los jueves que hay grupo.

2) Es un apoyo moral.

3) Espero para poder hablar.

4) Si, un poco.

5) Mejor. (Tiene alucinaciones acústico verbales, AAV, e ideas delirantes persecutorias que lo hostilizan y menoscaban en su autoestima).

6) No tiene internaciones previas, solo una entrada en puerta de emergencia del Hospital Vilardebó de menos de 24 horas de duración, a la cual fue derivado desde el Centro de RHPS tras su comienzo en el GT por ideas de muerte y posible riesgo suicida. “De eso no quiero ni hablar.”

7) No sé, estoy mejor. En el liceo me costaba estar en grupo.

8) y 9)

Sostiene su proceso de RHPS. No estudia ni trabaja pero tiene ambas actividades como objetivos a lograr, estudia y lee por su cuenta y busca información sobre temas de su interés. Trabaja ocasionalmente ayudando en el trabajo de su padre.

Paciente 4 (EEAG 49)

1) Yo otra cosa no quiero hacer, es para decir lo que uno siente, las dudas, un desahogo.

2) Hablo más que en psicoeducación, ahí no porque hay más gente, esto es más personal, reducido, a mí no me gusta ventilar y decir lo que uno hace.

3) Yo hablo más de mi vida personal que en mi vida no hablo, me limito, a veces igual me aburre un poco.

4) Yo hay días que no hablo porque no tengo ganas. Yo a veces hablo de más y no le dejo espacio a otro.

5) Niega tener o haber tenido AAV, si ideas persecutorias en relación a la mirada de los otros en la calle y en posibles lugares de trabajo o estudio, también ideas autorreferenciales y sobrevaloradas, estas últimas en relación a temas religiosos.

6) No tiene ninguna internación psiquiátrica. "Gracias a Dios nunca estuve internado."

7) Muchas gracias por el espacio, eso. Ahora salgo aunque llueva, antes me encerraba, le tenía miedo a las tormentas.

8) y 9)

Tiene mayor y mejor comunicación intrafamiliar. No estudia ni trabaja si bien los tiene como posibles proyectos a llevar a cabo. Sostiene irregularmente el proceso de RHPS (falta dos o tres veces en la semana).

Paciente 5 (EEAG 81)

1) Hablo. Espero que sean sinceros los dentistas, pero son caros, estoy preocupado por eso.

2) En la Cooperativa nos sacaron los quince minutos de descanso. Me gusta esto sí, para un poco hablar de lo que pasa. Cuento lo que me aqueja.

3) Es un lindo espacio sí. (Ríe).

4) Un poco, si

5) Bien. Niega tener o haber tenido AAV, si tuvo ideas delirantes persecutorias y megalomaníacas.

6) Sin internaciones psiquiátricas. “No, por suerte nunca estuve”.

7) Si, no sé, hablo un poco (ríe).

8) y 9)

Niega tener AAV salvo en sus inicios de tratamiento hace diez años. Tiene escasa ideación persecutoria. Comenzó a trabajar en una Cooperativa social de pacientes en tratamiento psiquiátrico en agosto del 2013, entre cuatro y seis horas de lunes a viernes, realizando tareas de limpieza. Sostiene regularmente el proceso de RHPS, concurriendo todos los días al Centro luego de su trabajo.

Paciente 6 (EEAG 55)

1) El grupo sí, me sirve, pero yo escucho, hablo poco.

2) Bien.

3) Si.

4) Si, la aturdimos.

5) A veces me bajoneo un poco.

6) Tiene dos internaciones psiquiátricas, una durante el proceso en el GT por descompensación ante el fallecimiento de su padre y otra anterior al inicio de la RHPS. “Dos veces estuve”.

7) Salgo a veces (siempre en compañía de su madre y su hermana), hablo con mi sobrina.

8) y 9)

Paciente que presenta desde el inicio del proceso de RHPS escasa sintomatología positiva y evidente sintomatología negativa, tornándolo callado y retraído. Mejoro su nivel de relacionamiento social y familiar participando de conversaciones y salidas con su familia a paseos y reuniones dentro o fuera de su casa. No se plantea trabajar ni estudiar.

Paciente 7 (EEAG 58)

- 1) Me ayuda sí, me ayuda pila.
- 2) Me encanta.
- 3) Si, si, pila.
- 4) Claro si, son bárbaros los compañeros, ayudan pila.
- 5) Yo estoy casi bien, prácticamente normal, solo tengo que dejar de fumar.
- 6) Solo una vez estuve internado, antes de empezar acá el Centro, fue horrible estaba re loco.
- 7) Estoy mucho mejor, casi no oigo voces, antes era horrible.
- 8) y 9)

Ante situaciones de estrés y exigencia por requerimientos de diversas actividades sociales o laborales, resurgen las AAV y sus ideas delirantes paranoides y megalomaníacas. No logra sostener ni mantener en el tiempo sus logros laborales ni sociales (abandonó el trabajo en una Cooperativa y sus estudios en la UTU, actividades que no llegó a sostener más de seis meses y en forma irregular). Se propone proyectos laborales que exceden sus posibilidades reales, lo cual lo frustra y termina en abandono de los mismos.

Paciente 8 (EEAG 61)

- 1) A mí me gusta el espacio.
- 2) Me aporta en algo, sí.
- 3) Es más privado para hablar.
- 4) (Ríe) Más bien. (Ríe).

5) Terminé la Pasantía, voy al liceo.

6) Tuvo una sola internación psiquiátrica en otro país, a la que él no hace referencia ni menciona, y que fue anterior al comienzo de su proceso de RHPS aquí. “Fue en Argentina como cinco meses, no tenía ni cédula, estaba bravo allá”.

7) Si, estoy bien.

8) y 9)

Es reticente en la manifestación de la presencia de sintomatología positiva, la cual niega o minimiza. Logró culminar una pasantía laboral y tuvo los logros académicos de aprobar primer año de secundaria y estar cursando el segundo pero sin lograr terminarlo. Es reticente a la toma de medicación psiquiátrica y esto dificulta su manejo de la ansiedad y su organización para culminar el segundo año de liceo.

9.b Sesiones del grupo terapéutico:

1 (E, F, R y Terapeutas)

E- Está para la siesta. Hace diez años yo dormía siesta.

F- Yo que pensaba que la UTU era fácil, cambió ahora es súper difícil, no puedo escribir tan rápido, no veo el pizarrón, tengo la vista quemada por la soldadura.

R- Si no vas te perdés.

F- Si me siento adelante si veo, en computación estaba a lo último, igual el carné de salud me dio bien, de lejos tampoco escuchaba. En la secuela estaba atrás y tenía mala nota. Vamos a toda velocidad, la profe dijo “si no entendieron se joden...”.

Tp- Animarse a acercarse para entender.

F- Igual mi cabeza anda mejor.

E- Yo que ría hacer mecánica en la Escuela Mapá o carpintería marítima en Montevideo pero no quise.

F- Yo quiero hacer facultad de mecánica, avanzada. Es una lástima (a E) tenés toda la vida...

E- Si no tenés voluntad ni disposición...quería mecánica, pero los requisitos...debo materias de ciclo básico en UTU, 4º me fue mal, de 12 me llevé 7. Como lo de F, estudiaba pero atrás por vergonzoso, nervioso, rara vez adelante, era tímido, introvertido, ahora parezco extrovertido, dicharachero...

Tp- Lo que puede y lo que cambia cada uno...

E- Atrás uno no está expuesto, no hablaba ni tan claro ni con tanta fluidez...igual con el fútbol no tenía problema

F- Las chiquilinas se enojaban conmigo en la escuela, era simpático y salía a matar, igual bien. Me quedó eso de hacer bromas...a ustedes...

E- Dicen que los niños son ofensivos, se ríen, te destratan...igual yo estoy enloquecido con mi sobrina, le hago upa.

Tp- Que nos queda de lo de antes...y que podemos ahora.

R- Yo era jodón...

F- Yo tengo mi grupo allá en la UTU, todos juntos y las muchachas quieren integrarse, está bárbaro, te ayudan, yo que estaba olvidado y no entendía nada.

E- Yo hace más de diez años de lo de la carpintería.

F- Yo no estaría integrado sino fuera por acá, estuve mucho aislado.

E- Ese es un país afortunado en el fútbol.

F- Mi hermano jugó en el estadio y mi tío se desmayó por un gol

E- No tengo ídolos en la tierra pero si Peñarol es campeón capaz me da un ataque cardíaco...(ríe) es un fanatismo, sanguíneo.

F- Yo en karate era el mejor, en todos lados...ahora si dejo de fumar, capaz...empecé con 13 años, la pasé lindo, pero una vez sola pelee y si me denunciaban iba preso, no podes pelear y dejé de practicar. A él se le hinchó la cara.

Tp- Hasta dónde se puede llegar con lo que uno hace. Que se rescata.

E- Lo de volver a estudiar me cuesta, hace 10 años que no, es un ambiente que ya no estoy cómodo. Ya perdí años.

F- pero que te gusta hacer?

E- Mecánica. Tengo falta de decisión, de determinación. Y soy terco como una mula.

Tp- Te escuchas en eso para no hacer?

E- Tengo miedo al fracaso, estoy encasillado.

2 (J, R, E, N, Y y Terapeutas)

E- Acá hablamos de lo que nos aqueja, aflige, lo que hemos hecho y lo que no, lo que decimos a los doctores, hablamos de la vida, de la semana también, no?

J- Si, de que más?

E- De cómo nos sentimos últimamente, si preocupados, enojados o con júbilo? Temas personales.

Tp- Un espacio privado, donde nos preguntamos cosas.

R- A mí me afanaron 40 pesos, sentado en mi casa querían venderme, les di y se fueron.

J- Yo me saqué 8 en matemática.

E y Y- Felicitaciones.

Tp- Qué pasó R?

R- Me hicieron el cuento...

E- Uno ve caras pero no corazones.

Tp- Te asustaste?

R- No.

Y- Tengo sueño, desde que me levanto mal... mamá dice que capaz tengo sueños feos, ante noche dormí y me desperté tres veces con sueños feos. Mi tía estaba en casa de mamá y yo la cuidaba. No tengo memoria, me levanté dura, tomé mate y mi madre se levantó y le dije me siento mal, tenía ganas de pelear, me fastidiaba todo, que no me hablen, porque si no más, todo me fastidiaba. Después se levantó mi tía y me vine para acá. Mi tía estuvo internada con neumonía y yo la cuidaba, mi mamá y yo. Dejé el Clonotén porque la psiquiatra me dijo, me daba ganas de dormir, igual yo estuve mal porque tomé cerveza y dejé la medicación

Tp- Se sumaron muchas cosas...

Y- No me podía dormir porque le tenía que dar el antibiótico a mi tía.

J- Yo quería sacarme el carné de salud para poder trabajar Pero si tengo caries no me lo van a dar, fui al odontólogo y le pagué 500 pesos.

N- Yo me saqué el carné de salud.

Tp- Lo que hacemos por la salud, para estar bien y hacer cosas.

E- Yo estoy cansado, con sueño, me acosté tarde. Cené, lavé, estoy tratando de lavar. No hago nada pesado, por eso me gusta más la albañilería que la carpintería, porque haces algo. El sábado me levanté a las 5 a orar, ahora no soy estricto, en el 2008 era todo el tiempo, 3 o 4 veces por día, yo estaba como en el Islam.

Tp- Y ahora?

E- Según como me sienta, Cené 20:15 y esperé una hora para bañarme, fregué y me acosté 2:30.

Tp- Cómo organizar el tiempo, con las actividades...

R- Yo estoy como José, me sacaron una muela y me hicieron molde, ahora espero la prótesis.

E- Yo no voy al dentista desde el 97, físicamente soy más que un roble, un cedro y como Platón no me enfermé en lo físico sino mentalmente, el cerebro es una lechuga.

(Risas).

Y- Yo construí mi casa con una cooperativa de Mevir, parecía un hombre.

J- Yo estoy haciendo mi cuarto en el fondo porque ahora duermo con mi hermana. Nos vamos a quedar en esa casa aunque el barrio está lleno de malandros.

Tp- Las fortalezas de cada uno...

J- En mi cuarto entran tres mueble y de noche como ahí, café con leche. Antes pasaba mejor los fines de semana, no sé qué cambió, pasaba con la computadora pero ahora estoy cansado. En el cuarto trabajamos mi padrastro y yo.

Y- Pensé que el mal humor no era solo por el cansancio, me exigía para no dormir, era el estrés.

Tp- Y los demás que piensan?

N- Yo escucho no más.

R- Yo estoy acostado y mi vieja me levanta para los remedios para que no me duerma sin la medicación.

E- Yo he tomado algo más de la medicación, pero alcohol nunca, el Corán no lo permite. Y nosotros con la medicación no podemos, los deportistas tampoco.

R- Yo jugué al fútbol.

Y- Yo a mi hijo lo mandé con 5 años.

E- Yo de chico también, aprendí en la playa.

Tp- Los recuerdos de lo que podían hacer y lo que se rescata hoy.

3 (E, R, Y, J y Terapeutas).

(Ven que N se fue sin avisar).

E- Y los que faltan? Algunos ya están en pre egreso.

J- Estoy como en la playa (postura sentado).

E- Yo en mi casa me siento así.

Tp- Los que pasaron a pre egreso? Hacen otras actividades, fuera de sus casas...

E- Vi una película con actores árabes, musulmanes que incendiaron España, me gustó La Momia porque está ambientada en el antiguo Egipto. El reino Moro fundó Alejandría, Egipto...

R- Y Roma e Italia?

E- Si también.

Tp- Capaz que no tenemos que ir tan lejos (risas).

Y- Me gusta ver películas pero no árabes.

R- Yo miraba películas.

Y- Las de buenos que defienden al pueblo, con héroes, de acción. Vi una de un veterano...

R- Me gustó Cocodrilo Dundee, pero ahora no veo.

Y- Yo veo el Gran lunes en el 10.

E- Yo admiré a Sylvester Stallone, Robocop y Rocky.

J- Sabe de geografía, de todo...

E- Me gusta lo del origen, de los apellidos.

Tp- Poder saber de las cosas nuestras, los orígenes de cada uno.

E- Yo no estoy conforme, quería ser musculoso como Stallone, ahora si hago dieta...

Tp- Hay cosas que si podemos hacer para cambiar.

E- Yo admiraba a actores y actrices.

J- Estoy cansado, es jueves y los viernes llego cansado, tengo cosas para hacer del liceo, tengo que estudiar.

Tp- Es un esfuerzo.

J- Mis padres quieren que venga al Centro y no le dan importancia al liceo y hoy tengo que estudiar.

Tp- Los demás que dicen?

Y- No tengo nada para hablar, mi tía está internada y mi mamá se fue para su casa y ayer vino de nuevo porque se sentía mal. Anoche fui a lo de mi madre y me acosté a las 10, eso tengo para contar...terminé mareada.

R- Mañana hay deporte?

Varios- Gimnasia.

Y- Estoy aplastada, me da pereza venir a gimnasia.

E- Yo no vengo.

J- Yo no, no me dan los tiempos.

R- Y Juan (el monitor)?

Tp- De licencia.

E- Se extraña, tiene buen humor, chispa, de buen ánimo, macanudo, fue deportista y padre joven, priorizó la familia. Yo estoy encantado con mi sobrina, le toco cachetes, es lindísima, capaz está mal decirlo.

R- Tiene ojos verdes?

Y- Mi hijo tenía pelusita y era morocho y no le corté, con rulos como mi nietito, después cambió y quedó lacio.

E- A mí me corta el pelo mi hermana, antes tenía patillas y usaba gel o gomina.

Y- Mi hijo con 10 años se cortó el pelo y se dejó una colita larga.

E- Vi futbolistas que se pelan y se dejan una cresta, como un caso romano (risas).

Y- El domingo tuve un cumpleaños de 90 en un club, había niños, adolescentes y adultos, estaba mi hijo pero no mi nuera y disfruté.

Tp- Que bueno, como se rescatan los encuentros con la familia, las cosas que hacen.

4 (F, N, R, E, J, A y Terapeutas).

E- Repetí 1º de escuela.

R- Yo hice todo pero me perdí el paseo de 6º a Piriápolis.

F- Yo estoy con negocios de compra venta para vender la moto.

N- No pierdas la moto!

F- Compró cosas, vendí la máquina de cortar pasto, tenía dos, casi no tengo changas, los clientes se me están enfermando, se murió otra. Todo junto, son viejitos, yo tengo una máquina usada, en verano espero cortar pasto, tengo ganas de cambiar la moto por tres ruedas.

R- Con un carrito atrás...

E- Son como dos mil dólares.

F- Son más de tres mil pero de dónde saco?

N- Me pasó ayer que mi perrita me muerde y nada pero un perro me siguió y me rompió la campera. No sé si bajarme en otra parada, no estoy asustado pero la campera era cara, es peligroso.

R- Hay mucho árbol...

N- Tiene dueño...

E- Es una negligencia.

F- El mío está atado.

R- El mío me muerde.

N- Y a mí no me gustan los perros.

R- A mi si más los perros que los gatos.

E- Yo estoy cansado de los gatos refregándose, capaz un perro sirve para defensa pero un gato no sirve para nada.

Tp- Cómo nos ocupan nuestras pertenencias. Las mascotas y cómo interactuamos a partir de ellas...

E- La gata de la vecina falleció, la vecina, y la gata se quedó. Yo quise un perro de niño pero me agarró una jauría.

Tp- Los peligros y los sustos de estar con alguien que queremos...

F- Yo estoy conforme con el perro que tengo pero a veces es a ver quién manda más. Y J que no hablaste?

J- Tuve un escrito y me fue bien, me saqué 8. (Varios lo felicitan). Pero tengo ganas de terminar, estoy cansado, el martes que viene termino y el año que viene no se...

F- A mí no me fue bien, hice 1º pero después se complicó, el año que viene quiero terminar sí o sí. Voy a ponerme con internet en el verano, pero el año que viene si, 1º no me costó pero 2º me cansé.

Tp- Cuesta retomar y sostener las actividades.

F- Estuve 25 años que nada. Y A?

A- Estuve trabajando, la señora me dijo que tenía problemas con la hija y capaz yo tengo que dejar, pero yo vivo ahí. Era mejor hacer algo más pero yo estudio Teología en la iglesia tres veces por semana y estoy cansada.

R- Yo estuve mal, no podía dormir pero no pasó nada.

F- Estar mal te cambia y te lleva tiempo estabilizarte. Yo estoy mejor hoy, más despierto. Mi padre se viene de España.

R- Que lindo España.

F- Mi hermana ya se vino, y mi cuñado. Mi padre y la señora tienen trabajo, vienen con plata, capaz yo le tengo que pedir prestado... Ahora tengo toda mi familia acá, hace 7 años que no veo a mi padre, yo lo extraño aunque no tengo una relación tan cercana como mi hermana. Yo tuve problemas con él pensaba que no me quería, después de mi enfermedad veo mejor las cosas o me doy más cuenta. Tenía problemas en la escuela de chico, no me portaba bien y pensaba que era culpa de él, porque no estaba, un pequeño trauma.

A- Yo perdía la credencial.

Tp- Los vínculos con las familias, los cambios, cómo nos moviliza eso...

5 (E, N, R y Terapeutas)

N- Estoy trabajando de 8 a 12 desde este mes, mañana terminamos la quincena, no salió el pago del otro mes, cobré salario vacacional y licencia, espero que paguen ahora, uno espera lo mejor (ríe).

Tp- Y cómo te sentís con el trabajo?

N- Bien, es un poco sacrificado, capaz tenemos otro cliente de la cooperativa.

Tp- Si, es un esfuerzo que lograste hacer.

N- Me levanto 5 y media para ir, igual estoy haciendo el trámite por la pensión, no se si no salió la ley o no se decretó que la pensión sea para todos, hacen lo que quieren... es difícil.

Tp- Lo estás intentando.

R- Ahora subieron la pensión, es 7 mil y algo, es para mi madre y para mí, para los cigarros.

E- El sueldo mínimo por 8 horas no llega a 10 mil, yo tengo esperanza de trabajar, aunque sea por el mínimo.

Tp- Y la UTU?

E- Encontraron mi historial del 98 y quedaron de llamarme. Me hablaron por la pasantía de huerta en el Vilardebó, pero francamente no, capaz más adelante pero ahora no, es un esfuerzo, un compromiso, hay que ser puntual y rendir, hace más de 5 años que no trabajo.

N- Yo me acuesto a las 22 y me duermo a las 23.

E- Yo no fui al psiquiatra, tenía obreros en mi casa.

N- Yo estuve trabajando hasta fin de año pero se quejaron de que limpié mal los sillones.

R- A X creo que lo echaron de la cooperativa.

N- Si, una se nombró supervisora y no quieren a nadie del Centro y yo ahora tengo menos horas.

Tp- Están hablando de las dificultades a las que se enfrentan cuando entran en el mundo del trabajo...

R- Yo resisto más las pastillas, antes estaba mareado, la psiquiatra no estaba y me repitieron la medicación.

N- Yo tengo un tema delicado y es que mi padre va al baño y hace con sangre, estoy preocupado.

Tp- No fue al médico?

N- No y hace dos meses, a veces está bien pero ayer estaba peor, es de salud pública, a mí me paga la emergencia desde que me enfermé y a mi hermano también porque tiene presión y tiene que ir al cardiólogo.

Tp- Parece que a veces cuesta hacerse cargo de cuidarse, de ir al médico.

N- Me preocupa, me conviene que vaya al médico.

Tp- Te conviene?

N- Si, me asusté, me estaba por dormir y él tuvo la pérdida de sangre, es una desgracia. Mi hermano está en política, está como tercer suplente para la lista Z, igual todavía no se aprobó la ley para las pensiones del BPS.

R- Yo también voté siempre a Z.

N- Capaz que en el trabajo nos sale otro local y nos dan más horas.

Tp- Parece que también conviene cuidarse, consultar al médico...

N- Nosotros no estamos en pre egreso, solo los que van a la pasantía en el otro Centro pero a mí me queda tras mano.

Tp- Son distintos momentos del proceso también.

6 (R, M, Jg, N, E, Y y Terapeutas).

E- Ahora somos más en el Centro, vamos a tener que comer en dos turnos.

M- A mí me viene ansiedad por tomar la medicación.

Jg y Y- A mí también.

Jg- Yo tuve pesadillas. Extraño a mis hermanos porque veía los animé con ellos, ahora los más chicos ni bola que me dan.

M- Es que Jg es muy tímido.

E- Yo también era introvertido.

Y- Todos pasamos por tímidos, yo pasaba durmiendo.

M- yo ayer tuve médico.

E- Mira N se está durmiendo (señala). Está cansado, trabaja. Yo acá tengo vínculos, afuera no.

M- Yo tengo conocidos.

Jg- Mi enfermedad es desde niño, todo era un mundo.

Y- Yo hablaba pero respondía si me hacían preguntas.

Tp- Como animarse y vincularse acá y afuera.

E- Yo acordé que venía 4 horas.

Jg- Bueno yo vengo tres veces no más.

Tp- Bueno parece que cuesta.

N- Yo trabajé 6 horas y me pagan más.

Jg- Yo pensar que pedía para hacer teatro pero hay que leer enfrente de todos.

M- Yo estoy contento con el grupo. Yo tenía un amigo en situación de calle y se fue a vivir con mi hermano y consiguió trabajo. Ayer cumplió mi mamá 58 años.

E- Ayer ni miré el partido estaba decaído, no sé, capaz por engripar.

Tp- De ánimo?

E- Vengo al Centro y cuando vuelvo a mi casa llego mal, me altero, me tiro abajo, pienso en el comienzo del año, lo de los lunes que sentía que me miraban en la calle si venía no me pasa más. En vez de avanzar retrocedo mil, no tengo iniciativa para el trabajo, acá estoy bien, me notan dicharachero pero en mi casa...Y panadería no quiero hacer.

M- A mí me quedan 2 o 3 materias de tercero.

Tp- Y por qué no lo de panadería E?

E- Por el ambiente, es a partir de 15 años, sé que puede haber mayores pero no quiero meterme en problemas, si yo me siento ofendido y termino agrediendo a un menor.

Tp- Te parece? No será una excusa para no ir y trancarte?

R- A mí me gustaría panadería, yo iba a ir a ayudar a un vecino...

M- Porque nosotros somos parecidos, negativos, yo tenía problemas en las clases de karate, pienso que lo dejo mal al profesor, que es por mi culpa, porque no lo saludo bien, que contagio o le paso mis pensamientos como por telepatía.

Tp- Son cosas de la mente que no se contagian, no dañan.

E- A mí me pasa también lo de la buena o mala onda, que emana algo. Mi barrio está conmocionado con una boca de pasta base, y hay accidentes de tránsito, son las ondas negativas.

Tp- Al enfrentarse a situaciones nuevas resurgen estas cosas, como distraerse de ellas y no achicarse para enfrentar lo nuevo.

E- Nunca fui de agrandarme pero en el fútbol me sobrepasé, ahí actúo y después pienso.

M- Me cuesta hacer mandados, que concepto van a tener de mí.

Tp- Animarse a acercarse a otros pero con límites que los protejan.

M- Va a estar todo bien cuando estemos actuando en la clase abierta del taller.

7 (E, Jg, M, R, N y Terapeutas).

E- Se va a hacer la despedida de fin de año en el Centro no?

Jg- Yo cambié los medicamentos, tenía mucho nervio, cuando pude venir y él estaba, es que tomo mucho café.

E- De eso tomo poco, ni mate o té, y no sé ni lo que tomo. Sé que tengo esquizofrenia apragmática me dijo el doctor, busqué en internet y te da desgano de todo.

R- Es lo peor, yo no quiero trabajar, hago poco, solo vengo al Centro.

E- Pragmático significa activo.

R- Yo café no tomo.

N- Yo sí.

Tp- Son estimulantes, y los medicamentos se consulta con el médico según como se sientan.

M- A mí me cambió cuatro veces los antidepresivos.

Tp- En cada uno es diferente y según los diferentes momentos.

Jg- Yo hablé con un compañero que le pidió los antidepresivos.

M- Yo tomo medicación para la gastritis también, Galal.

E- Yo también todos los días, por los nervios y más emociones, cuando estudiaba en la UTU había un cúmulo de gente y me daban nervios al estómago...estrés.

M- Si estrés.

E- Por momentos estaba serio y pasaba algo y me daba gracia...

Tp- Mueve las emociones enfrentarse a la gente.

N- Yo me arreglé una muela, pagué más de 2 mil pesos, me duele.

M- Yo voy cada tres meses al dentista.

N- Yo fui por el carné de salud.

Jg- A mí se me vence ahora a fin de año.

N- Yo por suerte pasé el examen dental.

E- Yo tengo los dientes amarillos y desde el 98 que no voy al dentista.

M- Mamá tenía los dientes perfectos pero con los embarazos y la penicilina los perdió. También influye la pasta, tres veces me lavo yo.

R- Yo desde los 9 años tengo muchas caries.

Tp- Lo importante que se cuidarse y lo que nos lleva.

Jg- A mi capaz...Hay enjuagues pero son muy fuertes, a mi lo que me pasa a diario es que reviso la mochila tres veces antes de salir.

M- E es igual (risas).

Jg- Es una obsesión. Yo tenía una compañera en 1º, 2º y 3º que le gusté y yo por nervioso no actué.

E- A mí me pasó igual.

Jg- Y ella me conocía, ahora veo una mujer y miro a ver si es ella, hasta soñé con ella.

E- Lo mío fue los mismo pero contrario, a mí me empezó a gustar y yo era un tarado, nervioso, y cuando ella si no me animé.

M- Yo tuve novias, una tres años que me dijo que era lento, otra un año y medio y ta.

Jg- Viste que X (compañero del Centro) tuvo una novia que lo engañó.

N- Yo iba a un grupo de jóvenes, pero yo 36 años y ahí todos de 20 y eran todas mujeres y solo otro hombre. Era lindo el grupo y no avisé y no fui más.

Tp- Las cosas a las que se animaban antes y que ahora cuestan pero que a veces se adelantan a dejar o no afrontar temiendo un rechazo o una frustración.

M- Si, es la hora, gracias por el espacio.

E- Si gracias.

8 (J, R, M, N y Terapeutas).

M- Faltan Jg y E y mañana es la despedida...Mis hermanos están peleados, hoy somos pocos para hablar, yo me preocupo demasiado.

R- Fui a la doctora ayer y me encontró bien, tenía bajas las plaquetas, pero estaba bien, fui con mi hermana.

M- Yo me voy a hacer un hemograma pero por medicina general.

J- Me reenganché con el liceo, di historia ayer y hoy idioma español, pero seis bajas...

M- Yo hice hasta tercero y debo dos o tres.

J- A mí me dolía el brazo de fumar. Y A (tallerista en licencia especial)? Y los dos practicantes (de psicología) cambian?

Tp- Se preguntan por los que faltan, los que no están. Las despedidas.

M- Ojalá vengan practicantes mujeres y lindas.

N- Un hombre y una mujer, es lo mismo.

M- Pasa volando el tiempo.

J- Yo cuántos años hace que estoy acá? Tres o cuatro.

M- Yo casi dos capaz, yo consulto con mi madre a ver si faltó a veces, y ella dale anda, sino me quedo tirado, acá no puedo. Así la doctora me dijo que me encontraba bien, no sé si mintió, no, está bien, es así.

Tp- Poder asimilar los cambios y que se puede estar mejor.

J- A mí la profe de matemática no me banca, no me corrige o lo hace mal y yo no tenía errores.

N- Yo saqué entradas para el partido del 29, cumplo 37 años ese día, festejaré el 30 porque voy solo al partido, mi padre ya está veterano. Es como un regalo.

J- Podes sacar la credencial verde para entrar, de la intendencia.

Tp- Que bueno poder hacerse un regalo.

N- Es la tribuna América, sale cara en la final de la Libertadores. Yo soy de Peñarol.

R- Juegan el sábado.

M- Si podes ir gratis a los partidos.

N- Yo me acuesto a las diez y me levanto a las cinco.

M- Y como al grupo viene igual.

N- Y voy a festejar con una torta, para mi tía y mi hermano que vienen de Montevideo. Compro el bizcochuelo y mi padre lo rellena.

M- Es normal si uno está desmemoriado? Ahora me olvido de las cosas.

Tp- Cómo se hace para recordar y retener todas las cosas que uno vive?

N- Yo ya saqué hora para el carné de salud, a las siete de la mañana.

M- Capaz que es un problema por la medicación.

J- Yo me compré un pendrive.

Tp- para guardar todo ahí? (risas)

M- Hoy tengo karate, estoy contento.

N- Yo estoy haciendo el trámite de la pensión, estoy esperando la visita de la asistente social.

M- Es un derecho nuestro me explicó un abogado. Y vos J fuiste a la biblioteca con Jg?

J- No, no me llamó.

M- Me gusta el espacio acá, me desahogo.

J- A mí también, es más privado para hablar.

Tp- Es bueno poder aprovecharlo y trabajar entre ustedes.

9 (M, Y, N, Jg, R y Terapeutas)

M- Tengo una nueva cuñada, trabajadora parece, tiene una hija de 12 años, yo le presto la moto a mi hermano, pero no usa casco.

R- Yo no manejo, no me animo.

Jg- Tomé de M lo de estar tranquilo en su casa, no trabajar, dos días salí a correr, pero no puedo aceptar la idea de eso, estoy decaído, me cuesta tener que hacer algo en mi casa, algo para mí, para mi futuro. Leí una novela y escribí en prosa.

Tp- Sobre qué? Eso es algo para vos.

Jg- No, no sé. Le di más a la letra que a la ciencia, a veces estudio algo de inglés.

N- Yo hice 5º y 6º en el 2001 y el 2002.

Jg- Yo no hago nada.

M- Yo nada de eso, vengo al Centro, hago mandados.

Tp- Eso también es hacer cosas.

Jg- Claro que de a poco pero el cerebro presiona y más y más, a veces me mareo, es una exigencia, trato de hacer poco pero tengo el entusiasmo de hacer mucho.

Tp- Cómo manejar esas frustraciones.

Jg- Mi hermana terminó una pasantía en la UTU y va a Montevideo a llevar currículum.

M- Yo estoy tratando de tomar menos mate.

R- Yo tomo mate solo de tarde.

Y- Yo mate a las 7 de la tarde y no me saca el sueño, me da acidez.

Jg- Yo no tomo, tendría que tomar silueta ideal (risas).

Y- Yo tomaba de esa, pero compro la que tenga el almacén más cerca. A veces tomo con mi madre y a veces en casa, quedo distraída y quemé cosas con el cigarro.

M- Yo tomo mate con mis padres y uno de mis hermanos en el fondo, somos seis nosotros, ahora está mi hermana está en casa, está separada, mis sobrinas están con los suegros.

Tp- Es una forma de compartir con otros, con la familia.

N- Ayer al final tuve el festejo de cumpleaños, champions Topper me regaló mi hermano, a lo de mi tía tuve que ir porque ella está de bastón.

Y- Yo vine toda la semana acá y estoy agotada.

Jg- Yo vi el último capítulo de la novela.

Y- Yo estaba con yuyos, fui al médico por la columna y me mandó gotas para el estómago. Vi a X (compañera que ya no viene más al Centro) estaba bien, trabaja en una farmacia.

N- A mí en el trabajo me deben un mes, solo me dieron un adelanto y suspendieron a Z por faltas, estoy preocupado medio pobre, tengo que pagar la contribución. Mi hermano es Concejal pero no le pagan y va como tercer suplente de Edil, le irá mejor que yo supongo. Me piden prestado y mi padre me devuelve.

Tp- No todas las personas hacen las mismas cosas, no solo ver lo que pueden los otros sino también valorar lo de uno.

Jg- Yo me levanté a las 6, tuve una pesadilla, iba en una limusina con otro tipo gordo, elegante y atrás iban dos pasajeros y yo me enojé y el de atrás mató de tres tiros al de al lado.

Y- Te despertás ansioso.

Tp- Y que les parece el sueño?

Jg- Es que yo miro las animaciones japonesas, dejan a las mujeres como cualquiera, no vi la de gays pero si la que matan a la madre y al padre. Hay algunas de mucho sexo y una de un suicida.

Tp- Son situaciones de ficción, distintas de la realidad.

Jg- También se enteraron que escribí, por el taller, pero no me animé a traerlo me da vergüenza.

Tp- Hay cosas que son más privadas, íntimas.

M- Yo me saqué sangre espero que de bien.

N- Espero que me den el carné de salud.

9.c Categorías de análisis

1. Valoración del grupo terapéutico: positiva, negativa o indiferente.
2. Estabilidad sintomática: síntomas positivos, síntomas negativos.
3. Internaciones psiquiátricas durante lapso del grupo
4. Nivel de actividad global: psicológica, social, educativa y laboral.
5. Conciencia de enfermedad y conciencia de síntomas.

6. Recuperación: pérdida de capacidades anteriores a enfermar, construcción de proyectos vitales propios.
7. Origen de la identidad: historización de acontecimientos vitales, autoestigma.
8. Miedos: a recaídas e internación, a perder familiar de referencia.
9. Agradecimiento por el grupo.
10. Privacidad que da el grupo.

9.d Consideraciones éticas, riesgos y beneficios, consentimientos, EEAG

Toda investigación o estudio que requiera de un trabajo de campo y que de esa manera involucre sujetos humanos, implica tomar varios recaudos éticos. El enfoque de la investigación y por lo tanto la selección de la muestra, se realizó con los recaudos éticos necesarios para preservar la confiabilidad y el secreto profesional, así como el anonimato de los datos que se brindan acerca de los pacientes sujetos de la investigación. Estos pacientes darán su consentimiento informado por escrito para permitir su participación en la investigación. También el trabajo con el material surgido de transcripciones de sesiones y la aplicación de una escala contó con el mismo cuidado ético y confidencial de los datos recabados directamente con entrevistas y observaciones clínicas a los pacientes.

En este estudio de tesis particular hay factores de especial vulnerabilidad tenidos en cuenta en la elaboración de la misma como en un futuro en su posible difusión:

- 1) Se trata de personas con una patología mental grave que los limita en sus posibilidades de autonomía y de valoración exacta de la situación a la que puedan quedar expuestos. La toma de decisiones y el análisis de los riesgos y beneficios que puedan tener por participar en una investigación, se ve atravesada también por su misma patología. Por lo tanto la información debe darse con claridad para posibilitar su consentimiento a participar del estudio y aclarar la libertad de dejar de integrar el mismo en cualquier momento del proceso.
- 2) Las familias con un integrante con patología mental ya se encuentran en una situación de fragilidad emocional por estar sometidas a un sufrimiento psíquico y muchas veces también a una restricción social y económica por tener un integrante enfermo, lo cual relativiza su sostén emocional de los pacientes, en caso de que se vean movilizados por el estudio.

3) El provenir de contextos sociales y económicos que llevan a una atención en salud pública también es un factor de vulnerabilidad, por eso la necesidad de explicitar la libertad de no consentir participar de una investigación y de poder desistir de continuar de la misma en cualquier momento y de brindar apoyo psicológico específico si la situación de investigación lo requiere. Si la participación en el estudio moviliza afectivamente a los pacientes, la investigadora es parte del equipo técnico del Centro de referencia y se hará cargo del soporte y sostén psicológico necesario, así como de garantizar la continuidad del grupo terapéutico enmarcado en la institución y también de vehiculizar la derivación a otra asistencia técnica que pueda necesitarse.

4) La implicancia es otro factor central a tener en cuenta ya que el estudio fue llevado a cabo por una de las terapeutas del grupo mencionado. Así como forma de controlar el sesgo del investigador, se prevé la interconsulta y la vigilancia epistemológica del proyecto con otros colegas investigadores-maestrandos-docentes y técnicos del Centro, así como la utilización de la Escala de Evaluación de la Actividad Global que acota las valoraciones clínicas de los pacientes con un número.

Riesgos y beneficios del estudio:

Los riesgos para los sujetos de la investigación tienen que ver con la vulnerabilidad en la que los coloca para tomar decisiones, en este caso para consentir o no su participación del estudio, su propia patología y condición de pacientes, que coarta su autonomía. Existe el riesgo que el paciente se sienta persuadido de participar del estudio por llevarse a cabo por parte de un técnico ya conocido y que por la condición de ambos, genera una relación de asimetría que puede limitar la libertad de desistir de participar o abandonar el estudio. La movilización emocional y el riesgo de la desestabilización de la patología mental de los sujetos de la investigación es un riesgo predecible pero que se redujo a la mínima expresión posible, ya que las técnicas de recolección de datos elegidas para el estudio implicaron solo aspectos acerca de cómo es la valoración que hacen los pacientes de su trabajo en el grupo terapéutico y no profundizó directamente en datos sobre su historia de vida ni de su proceso de enfermar, y salvo las entrevistas, implicaron una aproximación indirecta a los sujetos (aplicación de escala y análisis documental). Existe el riesgo de influir y condicionar el proceso de trabajo en el grupo terapéutico del cual participan los sujetos de la investigación, por estudiarlo durante su transcurrir, pero al estar garantida su continuación se podrá dentro del mismo grupo trabajar aquellos aspectos que influyan en su proceso al tener una doble condición de investigadora y co-terapeuta del grupo. Los riesgos se minimizan al dar una justa información clara y precisa de los fines del

estudio y al preservar la autonomía de los sujetos para tener la libertad de consentir participar o no del mismo. El tratamiento confidencial y con respeto de los sujetos y la información que brindan también implica un cuidado ético que minimiza la predicción de riesgos del estudio. El trabajo de coordinación del grupo con otro técnico, la revisión de historias clínicas del Centro y la vigilancia epistemológica con otros colegas fueron recaudos a tenidos en cuenta para limitar la implicancia y el sesgo de la investigación, aspecto que puede condicionar la información vertida por los sujetos de la misma.

Los beneficios que equilibran los riesgos expuestos, tienen que ver con la contribución del estudio a generar conciencia y participación en el propio proceso de trabajo terapéutico y de rehabilitación psicosocial de estos pacientes, a darles un lugar de porta voz y protagonistas en este proceso, aspectos que por su propia patología se ven vulnerados y limitados en la asistencia sanitaria que reciben e incluso por sus propias familias. El principio de benevolencia y no maleficencia necesario en una investigación, se enriquecerá con la devolución de los resultados obtenidos en el estudio a sus participantes, aportando así a sus tratamientos y a la creación de posibles nuevas estrategias necesarias para mejorar el mismo. Este último beneficio podrá contribuir a su replicación sobre otros pacientes que no hayan formado parte de grupos terapéuticos de orientación psicoanalítica. En este estudio y la devolución de sus resultados, hecha con el cuidado ético de la información que los pacientes pueden asimilar, éstos se beneficiarán por ser considerados sujetos de derecho en su tratamiento, el cual muchas veces reciben pasivamente sin tener un espacio para interrogarse y conocer acerca de los objetivos del mismo. Es de alguna manera un acercamiento al modelo de recuperación de la enfermedad mental y al empoderamiento de los usuarios de servicios de salud en parte de su tratamiento.

10. Anexos: EEAG y Consentimientos Informados