



LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

EN LA

PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA

Tutora: Prof. Agda. Mag. Gabriela Prieto

Estudiante: Celina Fontes

CI: 3.971.197-9

Montevideo, 30 de Julio de 2014

Índice

A - Resumen.....	2
B - Introducción.....	3
C - Desarrollo.....	5
1 - La psicosis esquizofrénica.....	5
1.1 - Aportes del psicoanálisis al concepto de psicosis.....	8
1.2 - Aportes de autores posfreudianos a la temática.....	8
2 - Rehabilitación psicosocial en esquizofrenia.....	12
2.1 - Antecedentes históricos.....	12
2.2 - Antecedentes del término “rehabilitación”.....	13
2.3 - Definición.....	14
2.4 - Objetivos de la rehabilitación.....	15
2.5 - Estrategias de rehabilitación.....	15
2.6 - Rehabilitación ocupacional-laboral.....	16
2.7 - Fases del proceso de atención en rehabilitación.....	17
2.8 - Centro o Instituciones de rehabilitación extra-hospitalarios.....	18
2.9 - Trabajo grupal en la rehabilitación.....	19
2.10- Familia, Rehabilitación y Esquizofrenia.....	20
2.11- El rol del psicólogo en el proceso de rehabilitación.....	22
2.12- Psicofarmacología.....	23
3 - Aportes de las distintas perspectivas teorías a la rehabilitación de pacientes	
Esquizofrénicos.....	25
3.1 - Psicoterapia individual en la esquizofrenia.....	25
3.2 - Psicoanálisis multifamiliar y esquizofrenia.....	28
3.3 -Tratamiento cognitivo conductual en la esquizofrenia.....	29
C - Consideraciones.....	31
D - Referencias bibliográficas.....	32

Resumen

La presente monografía trata del proceso continuo de rehabilitación psicosocial en la psicosis esquizofrénica. Los cambios que induce a través del tiempo siguen un patrón característico en función no sólo de las variables personales y sociales, sino también del tipo de tratamiento que la persona recibe. Se trabaja en conjunto con recursos médicos, psicoterapéuticos, psicosociales y educativos para que el paciente recupere una normalidad funcional e integral y mejore su calidad de vida. Este abordaje se realiza a través de distintas fases, con determinados objetivos y estrategias pautadas de acuerdo a la singularidad del sujeto. Se realiza un recorrido por las diversas perspectivas teóricas a efectos de visualizar como es pensada la psicosis esquizofrénica por diferentes autores en distintas épocas. Se considera que la psicosis esquizofrénica es un cuadro clínico muy complejo que afecta al sujeto en diferentes áreas: la vida de relación, lo emocional y lo cognitivo. Por lo que promueve diferentes abordajes desde distintas teorías. Se tomaran en cuenta para este tema autores como: García Badaracco (2000), Tizón, (2007) Gabbard, (2006) entre otros. La rehabilitación se plantea de un modo integral tomando en cuenta distintas teorías como: psicoanálisis multifamiliar, psicoanálisis individual, psicología cognitiva y psiquiatría dinámica. Se desarrollaran los conceptos de Psicosis, Esquizofrenia y Rehabilitación psicosocial.

Palabras claves:

PSICOSIS - ESQUIZOFRENIA - REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Introducción

El presente trabajo aborda el tema de la Rehabilitación psicosocial en la psicosis esquizofrénica.

Este cuadro psicopatológico es considerado un trastorno por algunos autores y una enfermedad, por otros. Krapelin en 1890, denomina Demencia Precoz, a una especie de locura, que evoluciona progresivamente hacia un estado de debilitamiento psíquico con profundos trastornos de la afectividad y Tizón en el 2007 habla de una ruptura del juicio de realidad, mucho más marcado que en la media poblacional, asociado a componentes genéticos, neurológicos y vinculares con dificultades a nivel emocional, cognitivo y social. En un recorrido por las distintas épocas se observa una adecuación de las producciones a la mirada que la sociedad académica ha dado al tema.

Desde una mirada psicoanalítica Freud (1911/1980) considera que el enfermo ha retirado de su entorno y del mundo exterior la investidura libidinal, volviéndose indiferente y sin racionalización secundaria, para luego reconstruirla mediante su delirio. Erroteta (2009) plantea que estos pacientes presentan a nivel psíquico una lucha que determina la ruptura de sus vínculos, entre su parte omnipotente, destructiva y la otra, libidinal y débil donde el self psicótico aterroriza al self saludable.

A estos pacientes se los considera “locos” o que “padecen locura” y la gente los discrimina haciendo oído sordo a su padecimiento, por el miedo que “la locura provoca” y es más cómodo pensar que “es loco y no tiene cura”. Pero aunque sea crónico, sabemos que existen dispositivos que apuntan a mejorar la salud, su calidad de vida y esa es la rehabilitación psicosocial. Además, del control con psicofármacos estas personas necesitan una atención integral, para enfrentar sus diferentes déficits que le impiden su autonomía y su integración familiar y comunitaria.

El abordaje de estos pacientes debe ser pensado en cada caso en particular, porque los sujetos son únicos, no hay un molde que dé respuesta a todos, hay que ir construyendo la rehabilitación por un camino singular, lento y difícil, para que el paciente, poco a poco, conozca su enfermedad, pueda enfrentarla e intente recuperar apragmatismos en su vida de relación, con las mejores herramientas técnicas, los mejores programas y servicios que ayuden a su recuperación de un modo flexible y continuo.

Es aquí donde surge la inquietud sobre el tema: ¿qué sucede con los pacientes esquizofrénicos luego de una internación?, ¿cómo continúa, ese sujeto, su vida?, ¿puede mejorar?, ¿cuáles son sus alternativas? ¿Es posible la rehabilitación psicosocial de un sujeto esquizofrénico?

La Rehabilitación psicosocial en sus inicios, fue una práctica de los viejos hospitales mentales, con técnicas y terminología asociada con los cuidados hospitalarios. Antes se consideraba prevención terciaria y ahora un cuerpo teórico con validación empírica que trata de prevenir y reducir las discapacidades mentales. (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 1997)

Con respecto al tema, Rodríguez (1997) considera que el sujeto es una persona con características, historia y capacidades únicas, lo que amerita realizar una evaluación de las necesidades de sí mismo a nivel global para determinar un plan personal. Se plantean los objetivos, las fases, las estrategias que se realizan ante una rehabilitación, en los centros hospitalarios o extra hospitalarios.

En relación a la familia del paciente se observa que la esquizofrenia provoca gran impacto cuando aparece en algún miembro de su familia. Un episodio psicótico siempre es una situación incomprensible. No pueden entender cómo el hasta ayer sano y normal, ahora tenga tantas percepciones e ideas extrañas. (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986) El trabajo con la familia se torna primordial, porque una vez que el paciente regresa a su casa, el ambiente enfermante debe ser modificado, para que no reproduzca conductas patógenas. (García Badaracco, 2000)

En cuanto al rol que desempeña el psicólogo en el acompañamiento de estos pacientes: “Debemos hacer de puente entre la familia y el Centro, entre su casa y esta casa, entre él y los otros, entre la apatía y el deseo” (Del Castillo, 2002, p.11)

En la actualidad la rehabilitación apunta a que los tratamientos sean integrales. Las distintas corrientes ofrecen desde sus teorías, distintos tratamientos para el proceso de rehabilitación como: terapia cognitiva, multifamiliar, individual.

Desarrollo

LA PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA

Las concepciones de enfermedad mental y el de trastorno mental han sido cuestionadas dando lugar a muchas discusiones. Hoy se considera enfermedad aquellos procesos patológicos donde se pierde la salud por causas orgánicas y trastorno mental cuando se produce una alteración genérica de la salud mental, no siendo necesaria la existencia de un origen orgánico directo. (Caballero, 2007). Así es que la Psicosis Esquizofrénica se considera desde diferentes autores o manuales como un trastorno o una enfermedad mental, siendo así investigada por varias perspectivas teóricas. Se observa también una adecuación de la literatura a las distintas épocas a que pertenecen sus producciones.

En relación al tema, Krapelin en 1890, denominó a la psicosis esquizofrénica como Demencia Precoz, que consiste en una especie de locura, que evoluciona progresivamente hacia un estado de debilitamiento psíquico por los profundos trastornos de la afectividad. (Ey, 1996)

Bleuler en 1911 afirma que los enfermos presentan un proceso de dislocación que les desintegra su capacidad “asociativa”, que altera su pensamiento quedando recluidos en una vida “autística” donde las ideas y sentimientos son la expresión simbólica de los complejos de su inconsciente. (Ey, 1996)

En 1965, Ey los considera: “alienados”, por sus rarezas, sus extravagancias, su forma progresiva de evolución hacia un estado de embotamiento y de incoherencia. Define a la psicosis esquizofrénica como una enfermedad mental grave que modifica sustancialmente la personalidad, donde las esquizofrenias son un grupo que presenta alienación y disgregación mental denominándola “demencia precoz”, “discordancia intrapsíquica” o “disociación autística de la personalidad” (Ey, 1996)

Las clasificaciones actuales tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV-TR) y el Manual de Clasificaciones Internacional de Enfermedades (CIE-10) tratan de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas de clasificación, siendo ambos manuales estadísticos que elaboran a partir de datos empíricos, usando metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de varias orientaciones.

En cuanto a los criterios que utilizan para el diagnóstico de la esquizofrenia, estos tienen aspectos similares. El CIE-10 propone para el diagnóstico dos condiciones: uno, es la presencia de un síntoma de Schneider de primer rango o delirios extraños. El otro, la existencia de al menos dos síntomas: alucinaciones acompañadas de delirios, trastornos de pensamiento, síntomas catatónicos y síntomas negativos. Estos síntomas deben presentar una duración sintomática de por lo menos un mes. En estos pacientes no es necesario que esté afectada su actividad.

Dentro de los trastornos psicóticos el DSM-IV-TR incluye, además, de la esquizofrenia: el trastorno esquizofreniforme, el esquizoafectivo, el delirante, el psicótico breve, el psicótico compartido, el psicótico con base en enfermedad médica, el psicótico por sustancia y el psicótico no especificado.

En este Tratado se define al trastorno esquizofrénico como:

una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de fase activa (p. ej. dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección de definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.) (American Psychiatric Association (APA), 1977, p.334)

Este trastorno presenta disfunciones a nivel laboral y social. En el inicio de la alteración se ven afectadas áreas como: las relaciones interpersonales, el cuidado de sí mismo y su actividad laboral. El promedio de edad del primer episodio psicótico de la esquizofrenia, es próximo a los 35 años en los hombres y cerca de los 40 años en las mujeres. El comienzo puede ser brusco o insidioso, aunque aparece en la mayoría de los sujetos algún síntoma de la fase prodrómica manifiesta: como aislamiento social, pérdida de interés en estudios o trabajo, deterioro de la higiene, comportamientos extraños con explosiones de ira. Por ello, a los familiares les resulta difícil entender el comportamiento que presenta el sujeto y piensan que está atravesando una crisis vital y no una fase activa de la enfermedad. (APA, 1977)

Según el CIE-10 la esquizofrenia se define como un trastorno, que presenta distorsiones a nivel de pensamiento, de la percepción y también una afectividad inadecuada. Al principio la conciencia y la capacidad intelectual se mantienen, pero con el tiempo comienzan a

presentarse deficiencias intelectuales. Aparecen en el pensamiento manifestaciones de: eco, robo, difusión de pensamiento, percepción delirante, delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias en tercera persona y síntomas de negativismo. La evolución puede ser continua o episódica, tener déficits progresivos o estables, puede presentar uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. El diagnóstico de esquizofrenia no debe realizarse si existen síntomas depresivos o maníacos extensos, salvo que los síntomas esquizofrénicos hubiesen ocurrido antes que la perturbación afectiva. También se preserva el diagnóstico en caso de una enfermedad cerebral manifiesta, o en estados de intoxicación o abstinencia de drogas. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003).

Desde otra perspectiva teórica, la psicosis es vista como: “la ruptura del juicio de realidad, la ruptura de la ‘barrera diacrítica’ de forma más marcada que en la media de la población y que en otros trastornos psicológicos” (Tizón, 2007, p.336)

Este autor, nos habla de la esquizofrenia como un trastorno con componentes genéticos, neurológicos, relacionales, que implica alteración y dificultades a nivel emocional, cognitivo y relacional. Señala que en los síndromes esquizofrénicos, los síntomas negativos son los predominantes y persistentes, como la anhedonia, abulia, atimormia o dificultades ejecutivas, alogia y ruptura de asociaciones. En cuanto a los síntomas positivos, estos son los más llamativos y socialmente intolerables: delirios, alucinaciones, trastornos del lenguaje, de la psicomotricidad, de la conducta, dejando como resultado disfunciones socio-laborales y dificultades en la escolarización. Con respecto a lo relacional es un trastorno que afecta la vinculación, el apego y la pérdida de confianza con sus vínculos significativos.

Por otra parte, Glynn (2013) define a la esquizofrenia como un trastorno psiquiátrico, que trae consecuencias a nivel de la percepción, la memoria, la atención y la concentración. Esto conlleva a que el paciente experimente síntomas negativos como disminución para experimentar placer, poca motivación para vincularse con otros, etc. Debido a que la enfermedad comienza generalmente en la adolescencia o adultez temprana, se ve afectado el normal desarrollo de esa etapa de la vida, como completar su proceso educativo, independizarse, mantener una relación amorosa o construir una identidad adulta. Son sujetos que dependen de su familia como sostén emocional y práctico para poder vivir.

Aportes del psicoanálisis al concepto de psicosis

Desde una mirada psicoanalítica, Freud (1911/1980) analiza la esquizofrenia en “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia”:

El enfermo ha sustraído de las personas de su entorno, y del mundo exterior en general la investidura libidinal que hasta entonces les había dirigido; con ello, todo se ha vuelto indiferente y sin racionalización secundaria... Lo edifica de nuevo mediante el trabajo de su delirio. Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción (p.65)

Este autor considera que se retira la libido objetal al yo a través del delirio, que es el camino por donde el sujeto reconstruye su mundo. Además en “Introducción al narcisismo” (1914/1976 a) menciona que en los esquizofrénicos: “La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo” (p.72)

En “Neurosis y Psicosis” el autor afirma que el origen común para que se desenlace una neurosis o una psicosis sigue siendo la frustración, “el no cumplimiento de uno de aquellos deseos de la infancia” (1923/1976 b, p.157). El efecto patógeno depende de la postura que tome el Yo: si el Yo, en dicha conflictiva, permanece apegado al mundo exterior, dominado por el ello, o si se apega al ello y se aleja del mundo exterior, perdiendo entonces su sentido de realidad, así estaremos confirmando una psicosis. En la psicosis el conflicto es con la realidad y en la neurosis el conflicto es con el mundo interno. Con respecto a la Esquizofrenia vale decir, que: “...el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde se produjo un quiebre en la unión del yo y el mundo exterior” (p.157)

Aportes de autores posfreudianos a la temática

Aulagnier (1975) sostiene que la psicosis tiene elementos originarios, primarios y secundarios, pensando la patología como producto de las relaciones intersubjetivas donde al sujeto sólo le resta alienarse ante el otro frente a sus interpretaciones que son independientes de su sentir, aquí se justifica “la violencia de la interpretación del discurso” de la madre frente al infante. Se puede decir que ya existen indicios de que emerja una psicosis, por la forma en que actúan

las madres, desde el momento de la concepción. Ellas toman una actitud de omnipotencia engendrante en su relación vincular con el futuro hijo, como una extensión de su propio cuerpo donde se marca la ausencia de lo placentero. “Un no deseo de un deseo o de un no deseo de un placer, referido, ya sea a un niño, ya sea a este niño” (Aulagnier, 1997, p.202) Esta autora sostiene que hay un fallo en la función materna y en su rol como portavoz. El niño forzado por sus significaciones transforma su historia y la violencia que ha vivido en delirio, configurándose “el pensamiento delirante primario” que puede evolucionar en una psicosis. Cuando la potencialidad psicótica pasa al acto, se ha desencadenado la patología. El origen de su historia, la falta del deseo y del amor de su madre han sido los que propiciaran su psicosis. (Aulagnier, 1997)

Klein (1987) refiriéndose a la infancia temprana habla de ansiedades propias de la psicosis, que llevan al Yo a crear mecanismos de defensa propios y desarrollarían los puntos de fijación de la psicosis. Estas ansiedades y mecanismos de defensas influyen profundamente en el desarrollo del niño. En esta etapa el infante está procesando sus impulsos sádicos-orales y sádico-anales, los que generan temores persecutorios que tienen alta relevancia en el desarrollo posterior de su psiquismo. También está completando su aparato psíquico y sus relaciones de objeto, que se verían afectadas por estas perturbaciones. Tendríamos un primer periodo, fase persecutoria, seguido de una posición paranoide y luego se pasaría a la posición depresiva.

Si los temores persecutorios son muy intensos y si por esta razón (entre otras) el niño no puede superar la posición paranoide, le es también imposible superar la posición depresiva. Este fracaso puede conducir a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y fortificar los puntos de fijaciones de graves psicosis. (Klein, 1987, p.12)

Vallejo Ruiloba (1991) se refiere a la postura de Klein, considerando que la esquizofrenia es el resultado patológico de la posición esquizoparanoide de los primeros seis meses. Donde el bebé al no lograr introyectar los objetos buenos y no poder superar las angustias se le genera un temor constante a ser destruido o invadido por los objetos vivenciados por él, como persecutorios.

Mendilaharsu y Acevedo de Mendilaharsu (1987) señalan que en la psicosis, a nivel de estructura del aparato psíquico, se pueden diferenciar dos estados: el latente y la crisis

psicótica manifiesta o en estado crónico. En el estado de latencia, el Yo se ha formado frágil, se ha desarrollado en paralelo al Superyó. Así es que el Yo funciona con diferentes clivajes como el núcleo almagamático destructivo. Este conglomerado promueve características de no vínculo y ansiedades arcaicas siempre activas, como amenaza interna al propio Yo.

Sin embargo, existen otras partes del Yo, que dinámicamente son inconscientes pero que acceden a la conciencia con facilidad, como las configuraciones narcisistas constituidas por parte del self y los objetos arcaicos. Estas configuraciones narcisistas tienen efecto de cohesión sobre el Yo, promueven la identidad y la unidad ante el peligro de la desorganización.

En el otro estado, las crisis psicóticas generan una herida narcisista, situación adecuada para que irrumpa el núcleo almagamático destructivo, atacando a las funciones yoicas y al Yo. El yo fragmentado envía al exterior objetos parciales destruidos, malignos, proyectando sobre los objetos un mundo confuso y cambiante. Así se rompen las configuraciones narcisistas y hasta parece borrarse la estructura del aparato psíquico.

Según estos autores el delirio se puede considerar como el último esfuerzo del Yo por sobrevivir a esa realidad externa asfixiante y al temor interno que lo invade.

Pichon-Rivière (1985) considera que en la patología mental lo fundamental es el campo intrapsíquico. Se observa que en las relaciones objetales hay un regreso a estados primitivos y el cambio se da de objeto externo a interno. En la esquizofrenia, se establece un hecho semejante, donde un síntoma típico que es la interceptación del pensamiento se hace entendible cuando se considera la relación particular que tiene el sujeto con un objeto interno. El análisis permite comprobar que la interceptación es causada por una interferencia de un objeto interno que se atraviesa en la vida del sujeto. En la actividad alucinatoria también se establece un vínculo fuerte con un objeto interno, el cual es proyectado hacia el afuera. "Ha habido primero una proyección, luego una introyección y finalmente una reproyección" (Pichon-Rivière, 1985, p.38) A través de sus alucinaciones el paciente oye el diálogo interno que acontece en su pseudoalucinación y luego ésta es proyectada hacia el mundo exterior.

Báez (2010) menciona que la realidad del psicótico y del neurótico no son compartibles. El neurótico proyecta sus sentimientos en el otro y el psicótico queda atrapado en una relación de alienación con el otro, entonces siente que lo que le sucede al otro le sucede a él. En la neurosis se puede reprimir lo simbolizado pero en la psicosis hay un rechazo a lo que debió simbolizar.

Bion considera a la personalidad psicótica más próxima a un estado mental, a un modo de funcionar mentalmente, que coexiste con otro estado mental que él llama “personalidad no psicótica”. Ante un análisis, se presentan ambos estados, en distintos predomios, donde las manifestaciones se pueden observar a través de las conductas, el lenguaje y en los efectos que provocan al observador. Se destacan en los rasgos de personalidad psicótica, la intolerancia a la frustración, predominio e impulsos destructivos, que son expresados como odio violento a la realidad ya sea interno o externo. Estos impulsos destructivos intensos, hacen que el amor se torne sadismo y el conflicto entre instinto de vida y muerte no se pueda solucionar. Además esta personalidad presenta temor a una aniquilación inminente, la que hace que las relaciones objetales, sean precipitadas y prematuras, de mucha intensidad pero frágiles y precarias. (Ginberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1979)

Cuando se presenta la psicosis en un sujeto, ésta se vive como un factor estresante, por lo que la persona reacciona frente a ella con dolor, sufrimiento, temor, en forma íntegra. Estas distintas manifestaciones las intentará sobrevivir Improvisando, probando, asombrándose para encontrar una peculiar respuesta subjetiva a esa psicosis incipiente. Utilizará sus precarios andamiajes en esa nueva circunstancia que le ha tocado vivir. Su singular respuesta subjetiva será la base para el tratamiento acorde a su personalidad y situación. (Hernández Monsalve, 2011)

En estos pacientes se presenta a nivel psíquico una lucha entre su parte omnipotente y destructiva y la otra, libidinal, unida a lo objetal. La primera parte ataca a la segunda con el fin de romper todos sus vínculos. La parte sana se aterroriza ante el self psicótico, volviéndose muy vulnerable ante su destructor. (Erroteta, 2009)

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN ESQUIZOFRENIA

Antecedentes históricos

La rehabilitación psicosocial en sus inicios, fue una práctica de los viejos hospitales mentales, con características de asilo, con técnicas y terminología que se asociaban a los cuidados hospitalarios. Antes se hablaba de prevención terciaria y actualmente se la considera un cuerpo teórico con validación empírica, que trata de prevenir y reducir las discapacidades mentales. (WAPR/ WHO, 1997)

En España, a fines de los 80, surgen los primeros centros de rehabilitación psicosocial que están inscriptos bajo este paradigma de rehabilitación y que junto a los síntomas hacen hincapié en las habilidades conservadas y en la adaptación funcional al entorno. (Fernández, Touriño, Benítez y Abelleira, 2010)

Los autores norteamericanos toman como referencia para la 'era de la rehabilitación' los años noventa, donde la rehabilitación mental adquiere gran importancia. También se muestran avances técnicos que se reflejan a la hora de aplicarlos en las prácticas, observándose un abordaje multidisciplinario que comprende técnicos desde el campo de la salud hasta el campo social. Anthony y Liberman, 1993; Anthony, Cohen y Farkas, 1990, citado por (Rodríguez, 1997)

En nuestro país, al final de la década del 60, se comenzaron a realizar varias experiencias de rehabilitación psicosocial en pacientes psicóticos, con la consecuente implicación de dificultades a nivel financiero, institucional y de políticas de salud mental.

Se crea en 1972 el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica y un equipo interdisciplinario que plantea lo que sería un proceso de rehabilitación en etapas: ingreso, etapa intermedia, egreso, seguimiento, taller protegido, con un plan personalizado para cada paciente y su familia. A esto le siguen las experiencias hospitalarias del Vilardebó: las comunidades terapéuticas, la Sala 27, el trabajo multidisciplinario con esquizofrénicos, entre otros y en 1988 el Taller Psicosocial de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas con grupos terapéuticos para pacientes y familia.

Concomitantemente, a estas experiencias, estaban las clínicas privadas de rehabilitación psicosocial, por ejemplo en 1987, se funda el Centro Psicosocial Sur Palermo que ha dado cabida a la práctica de estudiantes de la Facultad de Psicología, entre otras propuestas. (Curbelo, 1987)

El 1ro de setiembre de 2011 entró en vigencia el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con carácter obligatorio para todos los prestadores de salud del país. Cubre los niveles de promoción, prevención y rehabilitación en salud mental. La detección precoz de patologías, el evitar la discriminación que sufren los enfermos mentales y el sostén a sus familiares son pilares de dicho Plan. Se deja atrás el modelo tradicional, asilológico, se evita el hospitalismo y se hace énfasis en la rehabilitación. Se contemplan abordajes individuales y grupales, dando lugar a las intervenciones familiares. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2011)

Antecedentes del término “rehabilitación”

Rodríguez (1997) considera que en la rehabilitación psicosocial el sujeto es una persona con características, historia y capacidades únicas, lo que amerita realizar una evaluación de las necesidades del sujeto a nivel global para determinar un plan de rehabilitación individual. Se debe tener en cuenta que el paciente con enfermedad mental crónica debe ser tratado como un sujeto, no como un objeto. De esta manera el sujeto se convierte en hacedor de su propio proceso de rehabilitación, tiene el conocimiento preciso de su situación y lo posibilita a la mejor elección de su tratamiento, entre las propuestas existentes.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales de Madrid, dice que la rehabilitación se realiza con los sujetos y no sobre ellos. Se rehabilita la persona y por ende, no es el terapeuta el que rehabilita. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2007)

Según el grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009), la rehabilitación es el conjunto de estrategias de intervención: farmacológica, psicológica y social, aplicadas al paciente. Se busca como objetivo que los usuarios puedan desarrollar habilidades sociales, emocionales e intelectuales consideradas

necesarias para vivir en la comunidad y con el mínimo apoyo de los profesionales. La superación del proceso de enfermedad busca la recuperación de una vida significativa, placentera y no sólo controlar los síntomas “las prácticas dirigidas a la recuperación reconocen que las personas con enfermedad mental tienen los mismos deseos y necesidades de trabajo, alojamiento, relaciones y ocio que cualquier otra persona que no sufre enfermedad mental” Anthony et al 2003 (GPC, 2009, p.33)

La rehabilitación psicosocial es un proceso continuo y los cambios que induce a través del tiempo siguen un patrón característico en función, no sólo de las variables personales y sociales sino también, del tipo de tratamiento que la persona recibe. (Fernández, Touriño, Benítez y Abelleira, 2010)

Curbelo (1987) hablaba de la rehabilitación como un intento de habilitar y restituir de nuevo al sujeto, lo más parecido posible, a lo que se encontraba antes de aparecer la enfermedad.

Por otra parte Miquelarema (1984) planteaba que: “la utilización conjunta de recursos médicos, terapéuticos y sociales cuyo objetivo es cultivar la normalidad funcional del paciente y mantener o restaurar en el enfermo psiquiátrico el mejor nivel posible de satisfacción en la vida social” (Curbelo, 1987, p.17)

Definición

La Declaración de Consenso WAPR/WHO considera:

Rehabilitación Psicosocial como un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap- o desventaja, de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible... La RP apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. (1997, p.1)

Objetivos de la rehabilitación

Los objetivos en este proceso son: reducir los síntomas con psicofármacos, realizar tratamiento psicológico e intervención social. Minimizar la iatrogenia de las secuelas físicas y conductuales de las internaciones prolongadas. Mejorar competencias y habilidades socio-individuales, psicológicas y ocupacionales. Disminuir la estigmatización y la discriminación. Contener a sus familias y generar apoyo social con respecto a las necesidades básicas como: empleo, alojamiento, relación social y ocio. (WAPR / WHO, 1997)

La Rehabilitación Psicosocial está centrada en la subjetividad, tiene en cuenta los recursos de cada sujeto para promover su recuperación en aquellos aspectos saludables. Se trabaja con una red asistencial y en interacciones sociales. Son elementos a considerar para una buena reformulación de rehabilitación: el relato biográfico, la atención domiciliaria, la red de redes, el acompañamiento, la clínica, entre otros. Estos elementos promueven la autonomía y la participación activa en la sociedad del individuo. (Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2012)

Estrategias de rehabilitación

En la Declaración de Consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (1997) se recomienda aplicar las estrategias en un contexto donde la comunidad, los individuos y la familia estén involucrados, para lograr mejores resultados.

Sus componentes a nivel individual son:

-Tratamiento farmacológico: el acceso a una medicación apropiada reduce síntomas y previene recaídas.

-Preparación para la vida independiente: adiestrar al sujeto para una vida independiente y para mantener vínculos sociales. Estas actividades diarias incluyen: vestirse, alimentarse, higienizarse, manejarse en situaciones sociales. Estos adiestramientos deben realizarse en un contexto real y cotidiano.

-Apoyo psicológico a pacientes y sus familias: es de gran importancia en el proceso de rehabilitación, asesorar sobre los derechos que tienen pacientes y sus familiares. El apoyo psicológico puede brindarse a través de distintas técnicas.

-Alojamiento: es un componente básico a la hora del egreso de la internación psiquiátrica. Existen varias estrategias según los recursos y las normas culturales: alojamientos individuales,

compartidos o alternativas de viviendas en grupo, con la aceptación del usuario y siempre con personal a cargo especializado.

-Rehabilitación vocacional y empleo: trabajar aumenta la autoestima del usuario, termina con la dependencia, la pobreza y aumenta la posibilidad de socializarse. Lo ideal sería que la formación profesional comenzara en el marco hospitalario, para luego aplicarse en talleres protegidos en el mercado laboral. La creación de cooperativas o empresas autosuficientes con organización flexible, son herramientas habilitantes para la independización de estos usuarios.

-Redes de apoyo social: son un conjunto de relaciones humanas duraderas y positivas que establecen un impacto emocional, físico, económico e intelectual, en los sujetos al mejorar su calidad de vida.

-Ocio: acceder a actividades de ocio y poder elegir las libremente, son indispensables en el mejoramiento de sus capacidades de recreación.

Rehabilitación ocupacional-laboral

Dos dificultades que se deben afrontar en la rehabilitación son: uno, conseguirle un trabajo que sea de su interés y dos, que la complejidad del mismo no despierte sus déficits. La mayoría de estos pacientes no tienen confianza en sí mismos o la perdieron en sus largos años de enfermedad. (Anderson, Reissy Hogarty, 1986)

La integración laboral influye en la evolución y en el grado de mejoría del funcionamiento del paciente y se destacan como importantes: ampliar su red social, promover su independencia, mejorar las relaciones familiares y darle un sentido de identidad. (Valencia, 2013)

En la psicoterapia del paciente esquizofrénico, se intenta mejorar sus síntomas, evitar la institucionalización y prevenir las recaídas, se recomienda que la terapia no sea en base a interpretaciones, con muchas sesiones semanales y durante muchos años. En estas condiciones, la terapia ocupacional que no es recreativa exclusivamente, cumple la función de recuperar en el paciente la capacidad motivacional, busca que la persona desarrolle su creatividad, organice su vida, se relacione con otros y adquiera compromisos sociales. (Shirakawa, 2000)

Según Sánchez Rodríguez (2006) el sujeto que padece trastornos mentales, tiene dificultad para afrontar las exigencias del ambiente y las propias. Esto lo lleva a desequilibrios en su vida cotidiana y a no poder responder satisfactoriamente a sus ocupaciones. El autor propone una intervención de “orientación ocupacional” para ayudarlo a resolver problemas, brindarle información y orientarlo en su perfil vocacional. Esta orientación vocacional-laboral también apunta a lo integral, no dejando afuera ningún aspecto de su vida diaria.

Fases del proceso de atención en rehabilitación

En el proceso de rehabilitación se diferencian tres fases: evaluación, planificación e intervención.

Evaluación: es la etapa donde se recoge y analiza los datos de los pacientes con el fin de construir un plan individual de rehabilitación. Existen varios métodos para recoger los datos: entrevistas, observación, informes, inventarios, escalas, etc. El método más efectivo es la observación directa que permite analizar los contextos en que se desarrollan las conductas. Shepherd, 1990 (Rodríguez, 1997)

Esta etapa se plantea en dos ejes interrelacionados continuamente. Uno, se refiere a las habilidades que aún conserva el sujeto donde es fundamental poder diferenciar cuales son las habilidades que el paciente no ejecuta por no poseerlas y las que sí posee, pero no las lleva adelante por no tener motivación o ser síntomas psiquiátricos. El otro eje, se refiere a los ambientes específicos donde interactúa, ahora o en un futuro en su proceso de rehabilitación. Es importante investigar sobre cómo era su funcionamiento antes de iniciar la problemática psiquiátrica, porque depende de la forma cómo haya actuado en el pasado será el pronóstico de éxito o no de su futuro.

Planificación: con los datos recabados en la etapa de la evaluación se elaborará un plan individual con objetivos y estrategias de intervención de acuerdo a las características de cada uno. Al ser el plan una hipótesis se probará todas las veces que sea necesario. Este plan individual tiene objetivos: a corto, mediano y largo plazo teniendo en cuenta los temas que son prioritarios y los que son generales. Como el plan es consensuado debe ser compartido por el profesional y el paciente debiendo contemplar las necesidades que el sujeto manifiesta.

Intervención: se implementa el plan individualizado de rehabilitación, desarrollando las habilidades personales y apoyando al paciente a interactuar en los diferentes ambientes. En cuanto al entrenamiento en habilidades se realiza a través de dos procedimientos complementarios: enseñar directamente o programar paso a paso. Anthony, 1990 (Rodríguez,

1997). Lo más importante es preservar la individualidad en habilidades como en los recursos de intervención.

Cuando se cumplen los objetivos que se establecen en el plan individual, es necesario realizar el seguimiento para comprobar los beneficios alcanzados y si se mantienen en el tiempo. "...toda intervención tiene limitaciones, tanto inherentes a la "tecnología" propia de ella como a la ausencia de recursos o facilitadores de rehabilitación e integración en la comunidad". (Rodríguez, 1997)

Centros de rehabilitación extra-hospitalarios

En el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica el proceso de rehabilitación se realiza en diferentes etapas donde se trabaja con la familia y el rehabilitando. Se comienza con una entrevista de preingreso donde se le informa cómo funciona el Centro y se le muestran las instalaciones. (Martínez Tehaldo, 1992)

Etapas de Ingreso: se trabaja en miniequipos de técnicos y terapeutas que se reúnen en forma semanal, donde se evalúa: ingreso, evolución y temas referidos a rehabilitación. El paciente viene de mucha inactividad y a veces de varias internaciones y visualiza a la Institución en forma distorsionada, como un club de recreación, una escuela o un lugar para conseguir trabajo. Esto muestra que no tiene claro para qué y por qué está en el Centro y además no tiene un deseo propio de rehabilitación. La familia también espera en forma pasiva al igual que el paciente una solución. El objetivo de esta etapa es apoyar, orientar y esclarecer a ambos.

Etapas Intermedia: es el momento donde se realiza el proceso de las modificaciones. Aquí el paciente empieza a trabajar y a elaborar las dificultades en déficit. Se desempeña en forma autónoma y lo hace junto a su familia. En esta etapa tienen más actividades y están por lo menos dos años. El objetivo de esta etapa es apoyar, orientar y esclarecer al paciente para que logre reconocer y modificar las conductas estereotipadas que ha tenido con el mundo.

Este trabajo se realiza en miniequipos, en encuentros diarios con diferentes técnicos. Cuando empiezan a aparecer las modificaciones en los pacientes, esto repercute en la comunicación con su familia. Se hace necesario, entonces, una instancia donde se les aclare la situación actual frente a los cambios con fines de un nuevo reacomodamiento psicosocial del paciente.

Etapas de Egreso: Es el momento donde el paciente que ya ha superado las dificultades que no le permitían realizar una vida autónoma comienza a independizarse. Ahora llevará a la práctica su proyecto de vida, estudiar, trabajar o lo que fuere. El objetivo de esta etapa es acompañar al paciente a elaborar las ansiedades que se presentan para que no influyan, en

forma negativa, en la concreción de su proyecto. Esto significa realizar un proceso donde se cambien las expectativas mágicas por otras más adecuadas a la realidad de cada uno. La concurrencia de los pacientes es ahora menos frecuente ya que el fin que se persigue, es precisamente, el desprendimiento de la Institución y el logro de una mayor autonomía.

Etapas de Seguimiento: Un asistente social y un Psicólogo son los encargados de acompañar al paciente egresado en el camino de su reinserción laboral o educacional. El objetivo de esta etapa es afirmar y mantener aquellos logros alcanzados en el proceso de rehabilitación. La posibilidad de que los mantenga va a depender del apoyo de su familia, de la sociedad en la que está inmerso y de las acciones del médico tratante. (Martínez Tehaldo, 1992)

Del Castillo (2002) habla de su experiencia en rehabilitación. Dice que los pacientes cuando llegan a la Institución, no lo hacen por su cuenta, sino por su familia, su terapeuta o médico. Además, no poseen deseo de rehabilitarse, tienen desconfianza, desmotivación y temor. Al ingreso al Centro de Rehabilitación se indaga la historia del sujeto, de su familia, su situación antes de enfermar, los desencadenantes, las vivencias con respecto a dicha enfermedad, los recursos sanos y cuáles son las expectativas que se tiene del tratamiento a seguir.

El paciente viene con importantes apragmatismos, algunos no se pueden despegar de sus familias debido a que poseen vínculos dependientes o simbióticos. Presentan temor de salir del aislamiento, dificultad para alejarse de su “hábitat amurallado”, escasa o nula conciencia de enfermedad, lo que actúa como una barrera en los comienzos del tratamiento.

Es fundamental realizar una praxis comunitaria, que haga que el usuario pueda experimentar una interacción con los otros en un contexto similar a lo cotidiano, pero delimitado y flexible y además diferenciar en el adentro y el afuera institucional para poder entender las diferencias entre su yo y no/yo.

Trabajo grupal en la rehabilitación

El grupo cumple una importante función en el proceso de rehabilitación. Al comienzo el usuario está a la defensiva y predomina lo persecutorio. Después logra compartir lo que le pasa e identificarse con los otros. La buena recepción de sus compañeros y del equipo técnico en el momento de su llegada a la Institución es un elemento determinante para su permanencia en el lugar. En las instancias libres en el grupo pueden darse diferentes

situaciones, cuando el grupo transita momentos libres puede aparecer: la regresión, la angustia frente al vacío, la desorganización o momentos de afloje y de ocio. El contacto con el otro puede activar un aumento de lo persecutorio y hacerlo sentir desprotegido. Estos momentos en los grupos son importantes para afirmar los vínculos y aumentar la autonomía. Los grupos se van estructurando en función de las actividades que realizan, esto ayuda al usuario a tener mayor funcionamiento y estructuración. La inserción grupal promueve la cultura compartida y favorece una identidad más definida. El usuario al participar de las diferentes actividades del grupo como: asambleas, grupos terapéuticos, de capacitación, etc., aprende a diferenciar y delimitar los espacios cuando alguien los transgrede. Esto ayuda al sujeto a reforzar lo adaptativo, controlar sus vivencias y su potencial saludable. (Del Castillo, 2002)

Para Hernández Monsalve (2011) el grupo puede contribuir a mejorar diversos aspectos de un paciente esquizofrénico como: mejorar su autoestima, comprobar y aceptar la realidad, contener la ansiedad, inducir a la esperanza. Esto se logra a partir de la existencia de un otro real a través de identificaciones y/o retroalimentaciones.

Familia, Rehabilitación y Esquizofrenia

Cuando una familia llega a un centro de rehabilitación es importante tener en cuenta que está sufriendo, pidiendo ayuda, necesita ser escuchada y orientada en su dolor. Las manifestaciones que expresan tienen que ver con la culpa, el dolor, la negación, lo persecutorio, la estigmatización, la herida narcisista, etc. Por lo tanto se debe establecer un clima de confianza y realizar un proceso de desculpabilización que les permita coparticipar y cooperar con el tratamiento. También se necesita habilitar la separación entre el paciente y su familia y viceversa. En la primera etapa se trabaja con la familia, orientándola y brindándole información acerca de la enfermedad y sus límites, la prevención y el potencial saludable que tiene el paciente. En una segunda etapa se hace énfasis en el rol participativo en el tratamiento, estableciendo un proyecto terapéutico acorde a sus necesidades, incorporando las fantasías de curación y las posibilidades de llevarlas adelante. (Del Castillo, 2002)

Valencia (2013) expresa que el duelo en la psicosis es compartido, tanto por la familia como por el enfermo. La familia siente nostalgia por la persona que era antes de irrumpir la

enfermedad e intenta adaptarse a esta nueva situación. Los procesos de duelo, que acontecen en el individuo y la familia, tienen influencia entre sí y necesitan de la adaptación de ambos. Para esta autora el duelo en los pacientes con psicosis puede traer complicaciones por falta de comprensión en su entorno, porque les preocupa la pérdida de los roles sociales y de las actividades ocupacionales. Otro de los duelos importantes que debe hacer el paciente es la pérdida de su identidad para poder reconstruir una nueva que pueda contemplar la anterior y también su situación actual.

La esquizofrenia provoca gran impacto cuando aparece en algún miembro de una familia. Un episodio psicótico siempre es una situación incomprensible. No pueden entender cómo el hasta ayer sano y normal, ahora tenga tantas percepciones e ideas extrañas. La familia del psicótico realiza un enorme desgaste de energía y tiempo, acompañado de cansancio físico y emocional y al que se le suman los miedos que comienzan a hacerse presente. Dejar solo al paciente, puede implicar un acto riesgoso, hacia sí mismo o hacia otras personas. Esta instancia, además, coincide con las primeras internaciones, momento en que el familiar se siente apremiado por la solicitud de información de su historia familiar y genética, que lo lleva a desarrollar un imaginario de culpas y confrontación familiar. (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986)

Los familiares de pacientes con esquizofrenia se sienten devastados frente a la irrupción de esta enfermedad que comienza al finalizar la adolescencia o al inicio de la adultez y que también coincide con la etapa donde el sujeto se independiza de su familia. Con el fin de ayudarlos, la familia, responde de varias maneras: sugiriendo, rezongando o incentivando sus conductas. Las buenas intenciones de éstos pueden, muchas veces, tener resultados negativos dado que los sujetos que padecen esquizofrenia poseen alta sensibilidad a los estresores del ambiente y no siempre priorizan lo que se les dice. También se comprobó que el entorno familiar tiene influencia sobre el pronóstico de la esquizofrenia y por ello se promueve brindar herramientas a los familiares para que puedan apoyar el proceso de recuperación. (Glynn, 2013)

García Badaracco (2000) plantea que es imprescindible trabajar con la familia porque una vez que el paciente regresa a su casa, el ambiente enfermante debe ser modificado, para que no reproduzca conductas patógenas.

Solomon (s, f) citado por (Glynn, 2013) considera que las familias, que tienen integrantes con enfermedades psiquiátricas graves, necesitan un modelo que contemple la educación, adaptación y afrontamiento de la enfermedad, más que una terapéutica dirigida al déficit.

El delirio en un paciente es un intento de reconstrucción de su mundo interno y externo. Su mundo externo es su familia y la sociedad en que vive y es a través de esta familia que el paciente proyecta partes de sí en los otros para averiguar sobre su estado psíquico. (Pichon-Rivière, 1985)

Berenstein (1993) realiza un novedoso aporte al perfil de la madre de un psicótico. La demanda de amor del hijo es para su madre un 'quantum' de ansiedad incontrolable. Lo vive como un peligro de invasión mental y destrucción corporal. Por ello, esta madre aleja a su hijo, pero le hace creer que es una madre afectuosa y exige que el niño tenga respuestas cariñosas hacia ella. Trata de alejarse de la vivencia de vacío e intenta llenarlo con un pseudo cariño. (Berenstein, 2000)

El rol del psicólogo en el proceso de rehabilitación

El rol del terapeuta es de acompañamiento del paciente en todo su proceso: ayudándolo en la superación de sus ansiedades frente a lo raro y desconocido, estimulando su integración grupal y desarrollando lentamente su autonomía. Entendiendo que “Debemos hacer de puente entre la familia y el Centro, entre su casa y esta casa, entre él y los otros, entre la apatía y el deseo” (Del Castillo, 2002.p.11)

La relación del clínico con el paciente es de trabajo, de respeto y debe sentir que puede ayudarlo para que la terapia tenga éxito. Además tienen que entablar un vínculo con todos los integrantes de la familia, con el objetivo de conocer las necesidades que presentan y que colaboren en el tratamiento del paciente, lo cual los beneficiará en un futuro como familia. Se indagará cómo era el paciente antes de que irrumpiera la enfermedad y cuáles eran los mecanismos que utilizaba la familia para afrontar los cambios que se produjeron en el paciente. (Anderson, Reissy Hogarty, 1986)

El terapeuta debe oficiar como un “yo” auxiliar al paciente frente a las debilidades que presenta en su “yo” y en su juicio. Entonces es cuando el terapeuta puede ayudarlo, previendo qué resultados pueden tener sus actos y actuando en consecuencia. (Gabbard, 2006)

El paciente vivencia al terapeuta como la única oportunidad de cambio. Establece un vínculo de sumisión con las personas que son figuras de autoridad: familiares, psiquiatra y terapeutas. El paciente tiene una relación de objeto simbiótica, patológica y sin salida, siendo imprescindible la presencia del sujeto. Por ello necesita del terapeuta frente a su indefensión. (Weigle, 1992)

Psicofarmacología

En la esquizofrenia el tratamiento con antipsicóticos, se hace indispensable. Estos ejercen un control sobre los síntomas activos: alucinaciones, delirios y permiten al sujeto recibir una rehabilitación más fructífera, mantenerlo ocupado la mayor parte del día, recuperar sus hábitos, e insertarse nuevamente a la sociedad. (Masa Moreno, 2012)

Los antipsicóticos son el grupo de fármacos que se utilizan en psiquiatría para el tratamiento de síntomas psicóticos. Se clasifican en: típicos, de primera generación (FGA) y atípicos, de segunda generación (SGA). Los típicos son eficaces en los síntomas positivos de la esquizofrenia: ideación delirante, alucinación, trastorno del pensamiento y conductas anormales. Producen disminución de la agresividad, de agitación y de “tics” motores. El efecto antipsicótico se produce entre los: 7-10 días de comenzado el tratamiento y el terapéutico pleno entre las: 4-6 semanas. Los factores limitantes en los tratamientos antipsicóticos son los efectos adversos extrapiramidales: distonía aguda, parkinsonismo, acatisia y síndrome neuroléptico maligno, como efectos secundarios precoces y discinesia tardía como efecto tardío.

Los antipsicóticos atípicos son fármacos con menos efectos secundarios extrapiramidales. Estos tienen: menor incidencia en la discinesia tardía, mejoran los síntomas negativos y favorecen el bloqueo serotoninérgico–dopaminérgico y como efectos adversos, el aumento de

peso, las alteraciones en el metabolismo glucídico y lipídico, los efectos extrapiramidales y endócrinos.

En el caso de pacientes que no resultan fiables frente al cumplimiento con su medicación se utilizan antipsicóticos de acción prolongada en forma inyectable con duración de 2-4 semanas.

Con el siglo XXI se introdujeron los antipsicóticos de tercera generación (TGA). El Aripiprazol es el primer fármaco de esta generación. Su acción farmacodinámica es única ya que mejora la baja actividad cortical encargada de los síntomas negativos y regula la hiperactividad que provocan los síntomas positivos en la esquizofrenia. Si bien este fármaco tiene un buen rendimiento no se puede asegurar aun si será un sustituto o un complemento de los SGA.

En los pacientes con esquizofrenia es muy importante el tratamiento de mantenimiento con el fármaco antipsicótico que complementa al abordaje de rehabilitación psicosocial. Aproximadamente un 50% de los pacientes que recaen se debe al mal cumplimiento terapéutico y la repetición de estas recaídas afectan el pronóstico, generando el riesgo de caer en una ausencia total de respuesta a los mismos. (Palomo, Jiménez-Arriero, 2009)

APORTES DE DISTINTAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS A LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Psicoterapia individual en la esquizofrenia

Según Gabbard (2006) la terapia personal en casos de esquizofrenia, se desarrolla en fases. La primera, busca estabilizar los síntomas clínicos del paciente, realizar una alianza terapéutica y provisionarle una psicoeducación básica. Esta etapa se desarrolla en los primeros meses de egreso del hospital. La segunda fase tiene como función ayudar al paciente a que se haga consciente de las señales afectivas internas y que las pueda asociar con los estresores. Aquí se puede comenzar a entrenar la relajación, las habilidades sociales y aumentar la percepción social. Por último se trabaja con el paciente para que inicie un camino de introspección, que comience a pensar sus conflictos y a manejar la crítica. Las fases se elaboran de acuerdo a las necesidades individuales y promoviendo siempre la adhesión al proceso terapéutico que es una de sus mayores dificultades.

Cabeza (2008) considera que para entender y apoyar al paciente esquizofrénico en una psicoterapia se deben tener en cuenta el encuadre, los recursos del terapeuta y los dispositivos asistenciales que deben ajustarse a las necesidades de cada paciente. Además en la actualidad se considera al paciente psicótico en su contexto biográfico, en sus circunstancias vitales y su personalidad y no como un sujeto sin emociones, incomprensible y con un discurso sin significado. En el vínculo del paciente con el terapeuta, se intenta que el paciente pueda tener autonomía y seguridad, pilares fundamentales para analizar sus vulnerabilidades y encontrar un significado a sus experiencias psicóticas. Así podrá encontrar soluciones realistas y reconstruir una imagen de sí mismo estable e integradora.

En la intervención terapéutica se busca aliviar los síntomas, dar respuestas individuales a la problemáticas que plantean los pacientes, atender la vulnerabilidad de cada uno y también de su familia, como son los estigmas, los rechazos, etc. Atender aquellas necesidades que el paciente muestra como importante, problemas de dinero, de trabajo, de soledad. (Hernández Monsalve, 2011)

Freud al comienzo afirmaba que las patologías narcisistas (psicosis) no generaban transferencias, luego llegó a la conclusión de que, a través de la comunicación con los enfermos, se podía rescatar como un lugar del alma del paciente donde se escondería la persona normal que en él había en un tiempo. De esta manera se confirma que junto a una estructura psicótica de personalidad, preponderante en su capacidad psíquica, siempre existe otra, neurótica, frágil, reprimida y que le cuesta salir a la luz. Por lo tanto el paciente presenta una transferencia psicótica de sus estados delirantes y una transferencia neurótica de sus aspectos sanos de personalidad. Mientras que la transferencia delirante impide la relación terapeuta-paciente, porque es una reconversión de síntomas psicóticos que buscan apoderarse del psicólogo, la neurosis transferencial le permite, que con sucesivas identificaciones proyectivas del paciente hacia el terapeuta, tomándolo como continente, el psicótico pueda ir discriminando y reintroyectando las partes de sí mismo, intolerables. Esto permite un reforzamiento del yo y una mejoría en su discriminación del yo y la realidad. El paciente psicótico debe tener un tiempo para asentar la transferencia neurótica y luego poder comenzar a trabajar aquellos aspectos insanos. Se debe evitar una interpretación directa de lo psicótico, lo que llevaría a más confusión y a que resurjan sus aspectos delirantes.

El autor considera que en el trabajo con psicóticos la primera manifestación contratransferencial que aparece es la angustia, la que debe ser reconocida y manejada por el profesional. Esta angustia da lugar a diferentes defensas contratransferenciales que podrían incapacitar y descolocar al terapeuta en su función. Estos pacientes preocupan al psicólogo más que otras patologías, tanto que por momentos en el proceso pareciera que “se nos meten dentro” y habitan nuestro propio espacio interior. (Erroteta, 2009)

Etchegoyen considera que la transferencia psicótica, se puede superar de manera transitoria pero es fundamental para trabajar con el paciente lograr una transferencia no psicótica, que permita fortalecer el yo y la coherencia del self. Plantea que frente a un paciente con búsquedas afectivas en el psicólogo, éste debe pensar qué sería mejor para dicho caso, si hacerlo consciente de su identificación proyectiva, como madre, por ejemplo, o llevarlo a comprender que se trata de una proyección, de la madre que desearía tener o sea una madre ideal. (Arboleda, 2007)

Nemirovski (1999) considera que frente a casos de alta cronicidad el psicólogo debe estar atento en su actitud, prudente, cuidadosa y neutral para evitar resultados adversos. Siguiendo la línea de Winnicott, para que un tratamiento en cuadros graves dé resultados es necesario

generar vínculos adecuados que permitan expresar las necesidades tempranas insatisfechas que han estado guardadas a la espera de un posible despliegue. Para analizar a un psicótico se requiere ser audaz, contradictorio y hasta integrar al paciente en nuestra propia vida por un momento. El analista realiza un enorme esfuerzo para llevar adelante el caso, incluso a costa de los esfuerzos de su propia familia, que muchas veces vive el acoso insólito que estos pacientes realizan al terapeuta.

Arboleda (2007) sostiene que los pacientes psicóticos tienen una noción difusa de su irrealdad, también dudan ante el contacto humano, si aceptarlo o rechazarlo, luchan por no enfrentar nuevas frustraciones, tanto que pasan tiempo para aceptar a su terapeuta del que luego generan una enorme dependencia. Tienen una actitud narcisística como defensa ante el dolor psíquico y viven cualquier desengaño como reactivación de sus traumas primarios.

Bleger (1970) considera que la desorganización es una fragmentación y dispersión de la personalidad en todos sus aspectos. Se la reconoce en el comienzo de la esquizofrenia cuando aparece el derrumbe regresivo del yo. Si asociamos a este concepto el de regresión aparecen varias teorías al respecto, poniendo mayor o menor énfasis en el concepto regresión asociado a fragmentación. El autor afirma que se producen simultáneamente la fragmentación y la regresión del yo. En la disgregación psicótica esquizofrénica se produce una regresión con fragmentación patológica, no en el sentido de una confusión sino como una fusión, o sea una no discriminación y no diferenciación que la llama sincretismo. La esquizofrenia genera una transformación, por regresión, en las relaciones de objetos, en identificaciones primarias que son complejas y de splitting patológico. (Bleger, 2013)

Fromm-Reichmann plantea la importancia que tienen las comunicaciones paraverbales en la consulta clínica con psicóticos, teniendo en cuenta que estos pacientes tienen un alto grado de sensibilidad para captar cualquier manifestación que el analista pueda tener frente a una situación donde no esté de acuerdo lo que dice con lo que hace. Este paciente tiene dificultades para generar rápidamente una alianza terapéutica, dado su grado de desconfianza. El psicótico toma como referencia fundamental el lenguaje gestual-corporal más que el verbal del analista, de ahí la importancia de que logren un buen vínculo terapéutico. (Balbuena, 2011)

Psicoanálisis multifamiliar y esquizofrenia

García Badaracco (2000) implementa una técnica psicoanalítica a través de una Psicoterapia Multifamiliar. Para abordar esta problemática se utilizan los recursos sanos del paciente, se tiene en cuenta el gran dolor que produce la cronicidad de esta enfermedad, tanto en los pacientes como en su familia y el estrés social crónico que produce dicha patología. Esta propuesta es compatible con el tratamiento psicofarmacológico, la rehabilitación social y la psicoterapia. Las reuniones multifamiliares se hacen una vez por semana, propician un clima de reflexión que facilita la convivencia, la capacidad de resolver conflictos y el aprendizaje mutuo. La psicoterapia multifamiliar habilita al paciente a tener un mejor proceso en su terapia individual y a poder trabajar a la vez en forma: individual, grupal, familiar y multifamiliar. Así es que el contexto multifamiliar permite contener y elaborar la locura mejor que en otros espacios terapéuticos. “El grupo multifamiliar tiene que tender a facilitar la apertura de nuevos espacios mentales para que el paciente pueda hacer un redesarrollo a través de nuestro accionar terapéutico”. (García Badaracco, 2000, p.30)

Dado que los pacientes de esta patología no toleran un encuadre psicoanalítico de asociación libre es necesario privilegiar la dimensión del vínculo que se establece en las multifamiliares, tanto con el terapeuta, como entre ellos y sus familias. Esto llevó a que el autor utilizara un encuadre espontáneo en vez del encuadre clásico.

En cuanto a las transferencias múltiples que aparecen en el grupo multifamiliar, éstas son de suma importancia frente al trabajo terapéutico. En este contexto se permite elaborar aquellas cuestiones que no se podían lograr en una terapia individual. En este espacio se hacen más visibles las situaciones traumáticas de su inconsciente que se reactivan y se expresan claramente en esta situación. Se necesita de un tiempo y un clima seguro, para que los pacientes o grupos puedan expresarse y sentirse considerados. “en el contexto multifamiliar tienen lugar factores curativos, de cambio psíquico y de crecimiento psicológico que no se da en otras circunstancias” (García Badaracco, 2000, p.50)

Tratamiento cognitivo conductual en la esquizofrenia

Gastó (2007) considera que la terapia cognitivo conductual (TCC) que se aplica en las psicosis, especialmente en la esquizofrenia, es una intervención activa, orientada al síntoma, estructurada, protocolizada y con límites de tiempo, de 6-12 meses. Las fases del tratamiento son: alianza terapéutica, socialización del modelo, lista de problemas, objetivos e intervención. Esto apunta a disminuir los estados depresivos o ansiosos del paciente y los síntomas psicóticos. En la primera fase se establece una relación abierta y de escucha empática para evaluar los síntomas y realizar una conceptualización cognitiva de los problemas. La segunda fase consiste en socializar al paciente para que pueda interpretar sus experiencias psicóticas en base a un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés. Cuando el paciente es capaz de expresar sus síntomas se realiza un listado de problemas y se formulan los objetivos terapéuticos. En la fase de intervenciones es donde se aplican precisamente las técnicas cognitivo conductual.

En el tratamiento se trabaja con aquellas ideas delirantes que el paciente ha considerado perturbadoras por el malestar que le generan o porque interfieren en su funcionamiento general. Los cuatro objetivos que busca trabajar la TCC son: a) que el paciente pueda reconocer que su idea delirante es sólo una creencia y no causa de su malestar, b) que comprenda que sus creencias delirantes son una reacción que permite explicar sus experiencias, c) que pueda comprender que el malestar que siente es debido a su creencia y que por lo tanto mucho de su sufrimiento puede ser evitable, d) que mediante un cuestionamiento a sus creencias, pueda darse una nueva explicación a sus experiencias que le generen menos malestar.

Según Ladouceur, Fontaine y Cottraux, 1994) en la rehabilitación psicosocial encontramos problemas con los pacientes psicóticos crónicos, los que se conocen como "síndrome de la puerta giratoria" donde existe dificultad para que se mantengan fuera de los hospitales. Es donde la terapia cognitivo conductual da respuestas específicas a aquellos problemas que han quedado sin resolver por la rehabilitación psicosocial, como mejorar la sociabilización y habilidades que son primordiales para vivir en forma adaptada a la sociedad. Estas habilidades denominadas sociales son las que hacen posible que el individuo pueda procurarse una mejor calidad de vida fuera del ámbito hospitalario y también mejorar la adaptación social. Para ello se entrenan las habilidades sociales como: hacer la comida, hacer amigos, tener un alojamiento y empleo, manejar el dinero, movilizarse en medios de

transporte, poder manejar su tratamiento y problemas de su enfermedad, etc. (Ladouceur, Fontaine y Cottraux, 1994)

La terapia cognitivo conductual, en las esquizofrenias, aparece para mejorar la eficacia en el tratamiento aportando otras técnicas y prácticas de rehabilitación psicosocial. Esta terapia tiene un abordaje biopsicosocial de la enfermedad mental desde un modelo de vulnerabilidad-estrés. En este modelo se determinan los componentes de vulnerabilidad psicobiológica que junto a las características personales y ambientales determinan, en cada caso, la presencia de los trastornos psicóticos. Es importante estudiar cómo reacciona cada paciente ante su propia enfermedad, qué actitud tiene frente a sus síntomas: aceptación, negación y resignación para elaborar una terapia propia a cada caso. (Arévalo Ferrera, 2004)

Consideraciones

En el recorrido realizado por los diferentes autores se observa que las limitaciones que presenta la persona con psicosis esquizofrénica tienen la posibilidad de mejorar sensiblemente, trabajando sus potencialidades saludables a través de una adecuada rehabilitación psicosocial, convirtiéndose en conductores y protagonistas de su propio proceso.

La familia sería un factor clave para apoyar al paciente en su proceso de rehabilitación por lo tanto es imprescindible trabajar con ella para elaborar los distintos procesos de duelo, conocer la enfermedad, poder comprender que el sujeto hasta ayer pensado como normal, es hoy un sujeto que padece una psicosis esquizofrenia, para luego poder contenerlo.

En cuanto a la intervención psicoterapéutica, el psicólogo debe acompañar al sujeto en este proceso, buscar aliviar los síntomas, atender a la vulnerabilidad que presenta él y su familia, como los estigmas, los rechazos, los duelos. Además debería tener en cuenta las necesidades que el paciente muestra como importante: el problema del dinero, del trabajo, de la soledad, para que pueda emprender una vida lo más autónoma posible.

En la rehabilitación se ha dejado atrás el modelo tradicional, asilogénico, se intenta evitar el hospitalismo y se hace énfasis en la rehabilitación integral. En la actualidad la rehabilitación psicosocial está incluida dentro del Sistema Nacional Integral de Salud, donde se contemplan abordajes individuales, grupales e intervenciones familiares.

Para que esta rehabilitación psicosocial sea integral y más eficiente, se tiende a un enfoque basado en el aporte de diversas teorías como: psicoanálisis individual, psicoanálisis multifamiliar, psicoterapia cognitiva conductual y psiquiatría dinámica.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (1977). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anderson, C, Reiss, D, y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arboleda, A. (2007). *La psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.clinicamontserrat.com.co/documents/Psimonart/volumen11/PSIMONART%201%20Cap01.pdf>
- Arévalo Ferrera, J. (2004). El tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(2) 56-63.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación (2012). *Hacia una reformulación de la rehabilitación psicosocial*. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Recuperado de <http://feafes.org/publicaciones/reformulacion-rehabilitacion-psicosocial-10801/>
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). *Declaración de Consenso WAPR / WHO. Rehabilitación Psicosocial*. Recuperado de http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.p
- Báez, J. (2010). El dispositivo analítico para el caso de la psicosis. *Revista CES Psicología*, 3 (1), 115-125.
- Balbuena, F. (2011). Fromm-Reichmann: una vida consagrada al tratamiento de la persona con esquizofrenia. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de psicoterapia*, 5(3) 493-505. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N3_2011/07_Balbuena_Fromm-Reichman_CeIR_V5N3.pdf
- Berenstein, I. (2000). *Clínica Familiar Psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. Buenos Aires: Paidós.

- Bleger, J. (2013). El concepto de psicosis. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 17,1886-6530. Recuperado de <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-17-conceptopsicosis.JBleger.pdf>
- Caballero Martínez, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogenias de los trastornos mentales. *Medicine*, 84,5389-5395. Recuperado de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=1-s2.0-S0211344907746672-main.pdf&_piikey=S02113449
- Cabeza, I. G. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28(101), 9-25. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a02.pdf>
- Curbelo, O. (1987). *La comunidad terapéutica en el abordaje de la psicosis en nuestro país*. (Monografía de grado inédita). Universidad de la República. Facultad de Medicina, Montevideo.
- Del Castillo, R. (2002). *Una experiencia en rehabilitación de la psicosis en el Uruguay. La rehabilitación psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, 2 (10-11-12), 64-77.
- Ey, H. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Erroteta, J. (2009). Transferencia y Contratransferencia en los Pacientes Psicóticos. *Revista Norte de salud mental*, 8(33), 67-72. Recuperado de http://antigua.omeaen.org/norte/33/NORTE_33_100_67-72.pdf
- Fernández, J. Touriño, R. Benítez, N. y Abelleira, C. (2010). *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. España: Federación Española de asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Recuperado de <http://feafes.org/publicaciones/evaluacion-rehabilitacion-psicosocial-5571/>
- Freud, S. (1910/1980). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*. Trad. Echeverry, J.L. En Obras Completas (Vol. 12, pp. 1-30) Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original publicado 1911.

- Freud, S. (1976 a). *Introducción al Narcisismo*. En J. L. Echeverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol.14, pp. 65-98) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1914)
- Freud, S. (1976 b). *Neurosis y Psicosis*. En J. L. Echeverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol.19, pp.151-159). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1924)
- Freud, S. (1980). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*. En J. L. Echeverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 1-30). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1911)
- Hernández Monsalve, M. (2011). Complejidad, complementariedad e integración de intervenciones en personas con psicosis. En M. Hernández Monsalve y P. Nieto Degregori, P. *Psicoterapia y rehabilitación para personas con psicosis*. Madrid: Grupo 5. Recuperado de http://www.rocaipi.cat/jornadesbaetulae/wp-content/uploads/2013/06/Complejidad_complementariedad_e_integraci%C3%B3n_de_intervenciones_en_personas_con_psicosis_Mario_Hernandez.pdf
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. (3ª ed.) Buenos Aires: Medica Panamericana.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Buenos Aires: Paidós
- Gastó, C. (2007). *Esquizofrenia y trastornos afectivos. Avances en el diagnóstico y la terapéutica*. Madrid: Medica Panamericana.
- Glynn, S. M. (2013). Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *Revista de Toxicomanías*, 70,15-23. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_2.pdf
- Grinberg, L., Sor, D. y Tabak de Bianchedi, E. (1979). *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. [s.l.]:Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la

Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Recuperado de <http://www.feafes.org/publicaciones/ModeloCentroRehabilitacionPsicosocial.pdf>

Klein, M. (1987). *Envidia y Gratitud y otros trabajos*. En *Obras Completas* (Vol. 3, pp. 10-12) Buenos Aires: Paidós.

Ladouceur, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. (1994). Terapia cognitiva y comportamental. En O. Chambon y M. Marie-Cardine, *Rehabilitación de los trastornos psicóticos* (pp.198-199). Barcelona: Masson.

Martínez Tehaldo, R. (1992). Creación, Evaluación y Funcionamiento de una Institución de Rehabilitación Psíquica Extra-Hospitalaria. Postulación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata al "Premio Eloísa Lorenzo 1991". *Cuaderno de Rehabilitación*, 3, pp.11-30.

Masa Moreno, S. (2012). *Esquizofrenia y la teoría de la mente*. (Tesis Doctoral). Recuperado de http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/315/TDUEX_2012_Masa_Moreno.pdf?sequence=1

Mendilaharsu, C. y Acevedo de Mendilaharsu, S. (1987). Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (66) Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719876602.pdf>

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

Nemirovski, C. (1999) Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000089&a=Edicion-reedicion-Reflexiones-a-partir-de-los-aportes-de-Winnicott-a-la-compension-y-trata>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (10ª rev., vol. 1). Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

- Palomo, T. y Jiménez-Arriero, M. (2009). Manual de Psiquiatría. Madrid: Gráficas Marte
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodríguez, G, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez Rodríguez, O. (2006) Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental. *Psicosocial art*. Recuperado de <http://www.psicosocialart.es/documentacion/word/seminariorehlab.pdf>
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 56-58. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500019>
- Tizón, J. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Valencia, F. (2013). Duelo y recuperación tras el inicio de la psicosis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* , 34, 9-20. Doi: 10.4321/S0211-57352014000100002
- Vallejo Ruiloba, J. (1991). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (3ª ed.) Barcelona: Científicas y Técnicas Masson-Salvat.
- Weigle, E. (1992). Algunos aspectos de la psicoterapia grupal con psicóticos. *Cuaderno de Rehabilitación*, 3, pp.7-10.

