

El grupo y la recuperación

Group and recovery

ANTONIO TARÍ GARCÍA^a, CARMEN FERRER DUFOL^b

(a) *Centro de Día Romareda, Zaragoza, España.*

(b) *CRP Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, España*

Correspondencia: Antonio Tarí García (atarí@comz.org)

Recibido: 01/10/2016; aceptado con modificaciones: 01/04/2017

Resumen: En el presente trabajo se presentan las aportaciones realizadas por la atención grupal a los pacientes graves y su contribución a la comprensión de la complejidad de los procesos de recuperación. Para ello se señalan los intentos de confluencia de dos disciplinas históricamente separadas como la psicoterapia y la rehabilitación y se plantea que el campo de la recuperación puede servir como un espacio de integración de ambas. Asimismo, se describen resumidamente las tareas-guía del proceso de recuperación, subrayando su carácter relacional o vincular y cómo los enfoques terapéuticos grupales (no solo psicoterapéuticos) pueden potenciar dicho proceso. Teniendo en cuenta el contexto, se muestra que el proceso grupal es acorde con los principios-guía de la recuperación en cuanto al fomento de la autonomía y de una autoestima realista. Por último, se diferencian esquemática y didácticamente dos modos de intervención grupal útiles en una intervención rehabilitadora orientada hacia la recuperación.

Palabras clave: subjetividad, *self*, terapia de grupo, rehabilitación psiquiátrica, grupos de actividad.

Abstract: The aim of the present article is to discuss contributions made by group therapy for severely ill patients and its usefulness for understanding the complexity of recovery processes. To this end, we describe attempts made to achieve some sort of confluence between two historically separated disciplines, psychotherapy and rehabilitation, and we

approach recovery as an area that can provide a framework for their integration. We summarize the tasks that guide the recovery process, emphasizing their binding or relational character and the fact that group therapeutic approaches (and not only psychotherapeutic ones) can enhance this process. Taking into account the context of the patient, group processes are in full agreement with the guiding principles of recovery, aiming at greater autonomy and a realistic self-esteem. Finally, we differentiate in a schematic and didactical way between two useful forms of group intervention in a recovery-oriented rehabilitation work.

Palabras clave: subjectivity, self, recovery, group therapy, psychiatric rehabilitation, activity groups.

“Es más fácil modificar comportamientos individuales mediante terapias de grupo que a través de terapias individuales”.

Kurt Lewin, *I conflitti sociali*

“Si la meta primaria es la de socializar una persona y aumentar su capacidad de formar relaciones adecuadas con otros, la terapia de grupo debe ser el tratamiento de elección”.

H. Walton, *Psicoterapia di gruppo*

LA RECUPERACIÓN COMO CAMPO DE CONFLUENCIA DE REHABILITACIÓN Y PSICOTERAPIA

LA PSICOTERAPIA Y LA REHABILITACIÓN SE HAN DESARROLLADO COMO UN conjunto complejo y heterogéneo de técnicas, surgidas en situaciones clínicas y en encuadres diferentes e inicialmente con poblaciones muy diversas.

La rehabilitación psiquiátrica nació vinculada históricamente a los procesos de desinstitucionalización y ha alcanzado una fuerte autonomía y especificidad técnico-conceptual. Se desarrolló a partir de una delimitación estricta con respecto a la atención farmacológica y la psicoterapia, lo que condicionó que psicoterapia y rehabilitación hayan seguido desarrollos paralelos e independientes y se hayan constituido en disciplinas separadas con pocos puntos de contacto en sus aportes y reflexiones en la atención a los pacientes graves.

Últimamente, esta delimitación estricta está siendo puesta en cuestión por diversos autores. Así, Harding, y McCrory han afirmado que “los campos de la psicoterapia y la rehabilitación tienen muchas más similitudes que diferencias en cuanto a objetivos globales, pero hasta hace poco cada uno de estos campos ha

actuado de formas completamente diferentes” (1). Después de un examen minucioso de ambos campos, Lysaker y colaboradores han señalado que “psicoterapia y rehabilitación psicosocial comparten muchos valores y metas” (2), siendo cada vez más necesario un diálogo entre ellas. Asimismo, tras un estudio detallado de los elementos a tener en cuenta en la asistencia a los pacientes graves, Mariano Hernández ha argumentado que la práctica integradora “por ahora es más bien un intento, pues de hecho lo que tenemos y ejercemos es más bien una yuxtaposición de intervenciones en distintos planos, escenarios y momentos, con una cierta dosis de integración parcial” (3). Y es que la integración es un problema complejo, ya que no se trata tan solo de compatibilizar de un modo teórico y abstracto ambas disciplinas, sino principalmente de hacerlo de modo operativo y ágil en la “rutina” asistencial y a partir de la experiencia.

Un impulso importante a esta tendencia a la integración ha sido la introducción de la noción de recuperación, que constituye hoy en día un principio-guía para la prestación de cuidados en salud mental asumido al menos teóricamente por la mayoría de países de nuestro entorno.

Aunque ha habido muchas definiciones de recuperación, la definición de Anthony sigue siendo un buen punto de partida: “un proceso único y profundamente personal de modificación de la actitud, los valores, los sentimientos, los objetivos, las habilidades y/o las funciones de uno mismo. Es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y plena a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (4). La noción de recuperación implica así incluir los aspectos subjetivos en los procesos de rehabilitación, contemplar a la persona en su totalidad como sujeto de experiencia y no sólo como una suma de discapacidades fragmentadas a rehabilitar.

Los procesos de recuperación han sido estudiados por diversos autores que han tratado de identificar sus elementos clave (5). Leamy y colaboradores (6) describen cinco tareas o indicadores como guía de la recuperación:

1. Capacidad de tener relaciones y obtener soporte de otros. Lo cual incluye el soporte de los pares y formar parte de la comunidad.
2. Creer en la posibilidad de la recuperación, tener esperanza y optimismo sobre el futuro, elementos necesarios para desarrollar un proceso de cambio y dar lugar a proyectos, sueños y aspiraciones.
3. Lograr una redefinición del *self* en la que la enfermedad mental llegue a ser sólo un aspecto de la multidimensionalidad de la identidad. Dicho en otros términos, reconstruir y redefinir un sentido positivo de identidad recuperándose del estigma, y lograr conciencia de las limitaciones, indisolublemente unida a la conciencia de la capacidad, las fortalezas y la salud.

4. Construir un significado de la experiencia de la enfermedad mental, incorporando la enfermedad y reconstruyendo la vida. Perseguir y alcanzar nuevas metas vitales, desarrollarse y ocupar roles sociales funcionales y actividades valiosas para sí mismo y para la comunidad.
5. Empoderamiento, definido como el proceso de adquisición de responsabilidad personal y toma de control sobre la propia vida, y asunción de la responsabilidad en la transformación de una persona discapacitada a una persona en recuperación. Demandar los mismos derechos y asumir las mismas responsabilidades que cualquier otro ciudadano.

La filosofía de la recuperación pone el foco de atención en el empoderamiento de los individuos y el reconocimiento de que el cliente debe dirigir el proceso. En este sentido, Davidson apunta que “las intervenciones *recovery-oriented* son intervenciones que se basan en el supuesto de que la recuperación es una prerrogativa de la persona que sufre un trastorno mental y que el rol del profesional es el de ofrecer apoyo a los esfuerzos de la persona por dar un sentido a la enfermedad, gestionarla y superarla” (7). La afirmación de que los usuarios por sí solos son responsables de su recuperación puede sugerir que los otros no tienen un papel demasiado importante en ella. Sin embargo, una enfermedad mental no se da de forma aislada, de manera que la mayoría de las personas con experiencia de enfermedad mental tienen de hecho el apoyo de compañeros, amigos, familiares, profesionales u otros que desempeñan un rol activo en su cuidado y acompañamiento. El sufrimiento psíquico emerge dentro de una compleja red que incluye a los otros, por lo que siempre presenta un aspecto social e interpersonal. Si miramos atentamente los principios-tareas de la rehabilitación observamos que no son solamente individuales, sino que tiene características vinculares y cada una de ellas se ve favorecida u obstaculizada por la acción de esos otros.

La recuperación incluye pues tanto “condiciones externas” como el respeto a los derechos humanos, la adquisición de una ciudadanía plena en el ejercicio de derechos y deberes, y también “condiciones internas” como el empoderamiento, la autodeterminación, la vinculación, la esperanza, etc. Los modelos socio-ecológicos (8-10) que amplían el análisis del individuo al contexto social sirven de referencia para afrontar la complejidad y esta doble condición de la recuperación categorizando los determinantes de la conducta en cinco niveles de influencia (políticas públicas, comunidad, organizaciones, interpersonal, individual), focalizando la atención tanto en el individuo como en los factores sociales-ambientales.

Es en los ámbitos individual e interpersonal donde la psicoterapia serviría principalmente de ayuda para explorar y pensar psicológicamente la cuestión de los procesos internos de la recuperación que acompañan a los aspectos externos social-comunitarios. En este sentido, Lysaker señala cómo las intervenciones que focalizan

en la adquisición de habilidades y en los problemas específicos discretos no conllevan necesariamente ayuda en la tarea de dar sentido a la vida, por lo que “quizás lo que es necesario no es otra intervención altamente específica, sino más bien una psicoterapia integrativa que esté interesada en cómo las personas se comprenden a sí mismas y a sus vidas en medio de la esquizofrenia. De este modo parece que una psicoterapia integrativa *guiada por una comprensión teórica de los procesos psicológicos implicados en la experiencia profunda de la recuperación* podría ser de gran utilidad para muchas personas” (11).

El marco de la recuperación contemplado desde la perspectiva relacional y ecológica (5) y los programas asistenciales *recovery-oriented* constituyen un campo teórico-práctico de confluencia entre psicoterapia y rehabilitación capaz de establecer puentes, intersecciones y complementariedades entre ambas (3).

EL GRUPO COMO CONTEXTO PERTINENTE EN LA TAREA DE RECUPERACIÓN

Este enfoque del individuo contemplado como parte de un grupo es determinante a la hora de entender la enfermedad mental así como su evolución. El recorrido de la recuperación es relacional, pues la respuesta de cuidado surge también dentro de dichas relaciones, de manera que la estructura grupal puede proponerse como área terapéutica sustitutiva y correctiva. Los enfoques terapéuticos grupales comparten “una serie de aspectos específicos que los diferencian de otras modalidades de intervención (psicoterapéutica) y confieren al grupo su singularidad y especial importancia en el abordaje del paciente psicótico” (12)

La atención grupal a pacientes psicóticos tiene una larga historia, y muchos han sido los aportes realizados por la psicoterapia de grupo en la atención, la terapia (no solo psicoterapia) y la comprensión de la complejidad de los procesos de recuperación. Es imposible compendiar aquí las numerosas contribuciones realizadas en este campo, si bien merecen ser destacadas las aportaciones en nuestro país de González Chávez (13) durante más de veinticinco años.

A continuación se exponen las características del contexto y el funcionamiento grupal que son especialmente relevantes y generalizables a los diversos formatos que utilizan el grupo como instrumento terapéutico para fomentar la autonomía y la autoestima en pacientes graves (14-17):

- En el grupo, la pluralidad de los integrantes se constituye en un agente terapéutico de primer orden (cercano al modelo de autoayuda). Lo que permite el desarrollo de la tarea es la existencia del grupo, y no sólo la presencia de los profesionales.
- El grupo posibilita la participación activa y el protagonismo de los usuarios, solicitando los recursos y experiencias de cada uno para afrontar la tarea de

la recuperación. El grupo se convierte en un campo de entrenamiento para la vida cotidiana. La herramienta de cambio es la participación en una tarea colectiva.

- El grupo permite observar y analizar tanto a usuarios como a profesionales, así como la dimensión social de la psicopatología, la discapacidad y los obstáculos para la recuperación. Se contemplan las conductas de individuos, los grupos, las instituciones y la comunidad (8).
- El grupo permite en un único acto asistencial abordar aspectos preventivos (toma de conciencia de comportamientos que pueden llevar a la enfermedad o la discapacidad), de promoción (identificación y potenciación de las fortalezas y de los aspectos sanos del individuo) y de educación para la salud (sobre todo en cuanto a experiencias que permiten ir construyendo una nueva cultura de la recuperación).
- El grupo es una fuente de seguridad y apoyo (figura de apego). El desarrollo de relaciones significativas ha demostrado sistemáticamente ser un factor clave en el proceso de rehabilitación independientemente de cualquier tipo de terapia, profesión o modelo de aproximación (18). La necesidad primaria del individuo de establecer una relación de apego con una figura de referencia significativa, y de instaurar un vínculo de dependencia encuentra su reciprocidad en el grupo y en la necesidad de desarrollar un sentimiento de pertenencia al mismo. El contexto grupal puede adquirir las características de un cuidador fiable o una figura de cuidado múltiple al cumplir con las condiciones de cotidianidad, de repetición constante y regular en el tiempo de la experiencia grupal, del interés inicial del profesional que promueve la esperanza y una expectativa de mejora, de la pluralidad de participantes que suministran respuestas diversas a los aspectos de dependencia del paciente, de la horizontalidad que promueve la autonomía, la responsabilidad y un papel más activo en el tratamiento. Estas condiciones favorecen desde el grupo la instauración de un vínculo seguro, capaz de ir al encuentro de las necesidades de apego del paciente.
- El grupo es un escenario de aprendizaje y cambio. El grupo se constituye como un espacio transicional de aprendizaje y rectificación de los modos relacionales estereotipados obstaculizadores de la recuperación. El encuadre grupal posibilita que los integrantes empiecen a interactuar como lo hacen en su vida, a mostrar sus modos habituales de relación de un modo diferente a como sucede en el encuadre individual, permitiendo que el conocimiento de su patología, de sus dificultades y fortalezas no se produzca exclusivamente a través de la propia narración, sino que se manifieste al actuar y poner en escena la propia vida. En el grupo la persona tiene la oportunidad de revelar

comportamientos interpersonales consolidados, de obtener un *feedback* de los otros participantes y de poner a prueba nuevas estrategias. El modo como los demás perciben a cada individuo se halla en estrecha relación con la forma de autoperibirse del individuo, de modo que cada miembro del grupo posee la oportunidad de cambiar en el grupo esa autopercepción a través de la interacción con los demás miembros. Los pacientes se percatan de forma recíproca de sus respectivas fortalezas, limitaciones y conductas inadecuadas que producen respuestas afectivas no deseadas en los demás. De este modo, los integrantes del grupo llegan a reconocer los efectos que producen sobre otras personas y a adquirir una autoestima realista. El proceso de interacción se irá anclando progresivamente en la realidad en la medida en que en la expresión de pensamientos y deseos se vayan teniendo en cuenta las emociones e ideas de los otros (mentalización).

MODALIDADES GRUPALES EN LA RECUPERACIÓN

En los programas y dispositivos de rehabilitación es característica la existencia de diferentes tipos de intervenciones grupales (grupos de actividad, grupos de psicoeducación, grupos de familiares, trabajo en equipo, etc.). Sin embargo, lo grupal aparece paradójicamente como un aspecto poco relevante y en muchos casos solo justificable desde la necesidad de rentabilizar la asistencia.

Podemos dividir didácticamente en dos tipos los formatos de intervención grupal: los grupos de actividad (rehabilitadora-terapéutica) y los grupos psicoterapéuticos. Si bien hay diferencias importantes entre ambos tipos de grupos, desde la perspectiva de los factores terapéuticos podemos establecer un *continuum* entre ambos formatos contribuyendo a eso que los profesionales italianos denominan grupalidad difusa como agente terapéutico.

Grupos de actividad

Los primeros serían todos aquellos grupos con finalidad de aprendizaje de destrezas necesarias para la vida cotidiana, o de carácter lúdico-recreativo, que tendrían como objetivo la resocialización del paciente o la adquisición de normas sociales básicas para la convivencia. En muchas ocasiones constituyen un prerrequisito para otras intervenciones rehabilitativas o terapéuticas en el ámbito de lo residencial, lo laboral, el ocio o el tiempo libre.

En estos grupos se trata de desarrollar interacciones terapéuticas alrededor de actividades prácticas realizadas de modo que favorezcan el proceso de socialización. La actividad, dice Spivak, “debe estar estructurada de manera que ofrezca a los pacientes

la oportunidad de aprender comportamientos socialmente competentes tanto generales como específicos que son importantes para que el paciente pueda funcionar con éxito y eficacia en la comunidad, esto es, fuera del contexto terapéutico” (19).

Lo que observamos en este tipo de grupos es que el aprendizaje de destrezas y habilidades o comportamientos socialmente competentes va acompañado de otro tipo de efectos cuando estos se realizan grupalmente, potenciándose recíprocamente. Podemos describir cómo se refuerza la actividad con algunos de los factores terapéuticos (de apoyo y de aprendizaje de los otros integrantes) descritos por Yalom (20). La experiencia de verse a sí mismo como competente, de ser capaz de funcionar de una manera eficaz, así como el hecho de poder observarlo en los otros es un elemento que promueve la confianza en uno mismo y la esperanza en la recuperación. La realización de una actividad significativa permite al sujeto acometer una evaluación de sus auténticas capacidades y dificultades, así como de la necesaria integración de sentimientos, pensamientos y actos necesarios para completar una tarea determinada y de la cooperación necesaria para su realización.

En este sentido, el altruismo constituye uno de los factores terapéuticos fundamentales. Los grupos de actividad favorecen dicha experiencia altruista al posibilitar un tipo de intercambio mucho más estructurado, fácil y menos comprometido que los grupos verbales.

Por otro lado, la realización de la actividad en grupo permite simular mejor el ambiente primario o familiar donde el sujeto inició su socialización, ya que la interacción también se producía aquí, a diferencia de los grupos verbales, en torno a un hacer en relación con las actividades de la vida diaria y el ocio. Por su hincapié en la solicitud de hacer, los grupos de actividad se asemejan a la vida cotidiana de la comunidad, favoreciendo el aprendizaje interpersonal. En ellos, la relación es más inmediata que en los grupos verbales.

Psicoterapia de grupo o grupos centrados en la tarea de recuperación

La psicoterapia de grupo en pacientes graves o los grupos centrados en la tarea de recuperación se definen como aquella forma de terapia que exige un compromiso, una motivación y una colaboración por parte de los pacientes en el trabajo de reestructuración y reorganización del *self*, recuperando y potenciando las partes sanas del mismo a la vez que tomando conciencia del propio malestar para poderlo afrontar, darle un significado e integrarlo. En ella el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación, haciendo a los integrantes partícipes y corresponsables de su propio proceso terapéutico.

Dichas intervenciones formarían parte de esa psicoterapia integrativa de la que habla Lysaker (2) y que busca “la integración psicológica en el interior del cliente de

aspectos del *self* previamente fragmentados o aislados”. A través de la palabra, dicha terapia permitiría salir de uno mismo y ser observador de la propia experiencia, creando un espacio narrativo en el que atreverse a explorar la biografía y aquellos aspectos que han podido ser traumáticos y que generalmente no se verbalizan ni se ordenan de un modo coherente. Bakhtin (21) entiende que es a través de los intercambios entre las personas como se produce el significado; no es dentro de la cabeza de cada uno, sino en el espacio interpersonal creado entre ellas.

A continuación detallamos cómo los grupos centrados en la tarea de recuperación facilitan el cumplimiento de las cinco tareas-clave enunciadas anteriormente:

- El grupo constituye un espacio transicional donde el sujeto puede recomponer su capacidad de relación, generalmente perturbada por la concepción que muchos pacientes tienen de las relaciones interpersonales y los mecanismos de evitación, dependencia y grandiosidad que con frecuencia utilizan como modo de adaptación a la realidad. Los espacios grupales en los dispositivos son una posibilidad de experimentar relaciones en una situación de protección en la que la presencia de los otros es menos conflictual y ansiógena. Asimismo, el grupo reproduce el aspecto microsociedad de la vida de relación y se convierte en un espacio transicional entre el aislamiento familiar o institucional y la realidad externa.
- La presencia de otros usuarios en los espacios en los que se relatan los esfuerzos y logros en la tarea de recuperación conllevan implícita y explícitamente el mensaje de que la recuperación es posible. La narración de las experiencias singulares de cada uno, la revelación de los sentimientos de minusvalía, rechazo o inferioridad y la posibilidad de que estos pueden ser contrastados y compartidos como experiencias existenciales difíciles y dolorosas ayudan a comprender la realidad y a tolerar las frustraciones inherentes a su relación con el mundo, una empresa compleja y de larga duración.
- La utilización terapéutica de la función especular en los grupos es el factor que más contribuye al reconocimiento de las limitaciones y fortalezas. El aprendizaje interpersonal y el autoconocimiento (aprendizaje intrapersonal) constituyen dos facetas inseparables de un mismo mecanismo de cambio. El proceso de valoración y reconocimiento mutuo entre los integrantes posibilita el incremento de la autoestima.
- Como espacio protegido y seguro, el grupo posibilita explorar aquellas experiencias traumáticas en relación con la enfermedad, así como los miedos frente al reconocimiento de las propias dificultades psicológicas, sin el temor a ser considerado loco. Permite apropiarse de la experiencia de la enfermedad sin quedar subsumido en ella y, gracias al efecto coral del grupo, ayuda a superar las fragmentaciones y los vacíos en los discursos,

contribuyendo colectivamente a dar un sentido coherente a las propias vivencias. El espacio grupal es un espacio en el que pueden interrogarse a sí mismos y realizar una formulación propia de lo que sería la cura y el desarrollo de una vida normal, posicionándose en una ubicación distinta con respecto a su problemática y a su relación con la institución. Hablar de los por qué y para qué implica asumir un protagonismo en relación a sus discapacidades y a su rehabilitación. En este sentido, algunos autores han conceptualizado el proceso de recuperación como un proceso de duelo (22-25). Realizar la tarea prescrita implica ponerse en contacto emocional con las pérdidas y limitaciones como consecuencia de la enfermedad y poder afrontar ese complejo y difícil proceso de duelo (más aún en los pacientes afectados de psicosis); un duelo que permitirá una redefinición de sí mismo, aceptando las limitaciones pero también reconociendo las partes sanas, reconstruyendo un sentido positivo de identidad. Dicha redefinición de sí mismo constituye el punto de partida para perseguir y alcanzar nuevas metas vitales, y aquí la identificación en el grupo juega de nuevo un papel fundamental. Es la discusión franca y sincera con los aportes de los integrantes del grupo lo que permitirá ir ajustando la creación y la puesta en marcha de los proyectos vitales de los sujetos.

- Por su carácter participativo, el grupo favorece el protagonismo desde el inicio como un espacio emocional correctivo en el que poder reeditar los patrones de relaciones de los usuarios afectados por TMG (Trastorno Mental Grave), los cuales se caracterizan por presentar problemáticas en torno a la individuación-separación y establecer en muchos casos relaciones de tipo simbiótico. Es en la medida en que estos patrones pueden ser reeditados y puestos de manifiesto que podrán ser analizados y evaluados, posibilitando nuevos patrones de relaciones más autónomas.

Tampoco podemos olvidar la importancia del contexto grupal en el otro lado del vínculo asistencial, esto es, el del grupo-equipo de profesionales. De hecho, “la atención y organización de la intervención en rehabilitación es, esencialmente, una cuestión de trabajo en equipo” (26). Trabajar en equipo o en red supone organizar con eficacia y coherencia la multidisciplinariedad, lo que implica una buena circulación de la información entre los integrantes, pero también compartir algo más: las impresiones, los sentimientos y los pensamientos en relación con la tarea común. El trabajo en equipo es necesario no sólo como un conjunto de intervenciones disciplinarias diferentes, sino por la necesidad de tener una representación común que guíe nuestra práctica. En el caso de la recuperación esto no sólo se consigue estableciendo una serie de objetivos de acuerdo con una evaluación de déficits, discapacidades y hándicaps, sino a través de una interacción que pueda captar y

comprender la dialéctica cambio/resistencia al cambio en torno a una proyecto de recuperación. Esto supone el análisis de las problemáticas, fortalezas y resistencias que el usuario presenta en torno a su necesidad de acompañarse, de redefinir su propia identidad, de dotar de un significado a su vida, de empoderarse y de adquirir autonomía.

Una opción es la organización compulsivamente protocolizada del equipo, pero ello suele conducir a que los pacientes sean considerados meros destinatarios de intervenciones y se les niegue el deseo de ser reconocidos como objeto de interés y afecto.

Igualmente, el trabajo con personas frágiles expone a los profesionales a frecuentes experiencias de fracaso que alimentan emociones y sentimientos como la ansiedad, la culpa, la ira, etc., volviendo difícil la actividad reparatoria que conlleva todo trabajo rehabilitador. En ocasiones, el malestar intrapsíquico se convierte en un malestar interpersonal y acaba cuestionando las relaciones organizativas, dando lugar al surgimiento de conflictos entre los profesionales que constituyen el equipo. Los mayores conflictos se tienen cuando no se logra contextualizar la ansiedad vinculada a la tarea y se proyecta involuntariamente sobre los compañeros, los superiores, o los pacientes, sobre la institución o sobre sí mismo (somatizaciones, enfermedades).

Como decíamos, el equipo no sólo es un conjunto de profesionales especializados en diferentes disciplinas, sino también un colectivo con el cual el paciente establece un tipo de vínculo plural. Para que el equipo se constituya en una figura de cuidado seguro, fuente de acogimiento y seguridad para el paciente, así como en instrumento que fomente la autoestima, la autonomía y empoderamiento del paciente es necesario que vaya resolviendo los conflictos que surgen entre los profesionales como grupo y los que surgen de los modos de vincularse el paciente psicótico (dada la facilidad con la que estos vínculos adquieren características disociadas o fragmentadas).

Se hace necesario pues establecer modelos organizativos capaces de ofrecer a los profesionales la posibilidad de observar, diagnosticar y diseñar las intervenciones, así como la creación de espacios que permitan minimizar, analizar y abordar las ansiedades que el trabajo con pacientes graves conlleva inevitablemente. De este modo, una de las tareas fundamentales del equipo consistirá en el saneamiento de las tensiones y conflictos que se presenten, ya sean parte del funcionamiento de cualquier colectivo humano o propias de la tarea asistencial con pacientes graves.

CONCLUSIONES

Favorecer la recuperación de los pacientes graves constituye una tarea con un alto nivel de complejidad, y solo una integración estratégica de intervenciones

rehabilitadoras y psicoterapéuticas puede favorecerla. Los enfoques grupales son instrumentos privilegiados para esta tarea de integración.

Los grupos de actividad asumen una importante función en las estrategias integradas de recuperación, ya que permiten alcanzar dos objetivos asistenciales. Por un lado, permiten desarrollar la acción rehabilitadora a través de la adquisición de nuevas habilidades comportamentales y cognitivas, y, por el otro, cumplen una finalidad psicoterapéutica en la medida en que favorecen el autoconocimiento.

Por su parte, los grupos centrados en la tarea de recuperación constituyen el vértice del proceso de rehabilitación-recuperación, permitiendo observar los distintos movimientos, avances, retrocesos y posiciones subjetivas con respecto a esa tarea. Desde ese vértice podemos analizar la demanda “institucional” realizada al dispositivo o programa de rehabilitación, desplegarla y hacerla evolucionar. Este vértice es, además, el que iría permitiendo al usuario y a los profesionales ir articulando e integrando las diversas intervenciones (psicoterapéuticas y rehabilitadoras), ayudando a evidenciar las fragmentaciones, incoherencias, contradicciones e incluso el sinsentido de algunas de ellas, y permitiendo ajustarlas en un programa individualizado de rehabilitación en función de las necesidades integrales e integradas del paciente.

Hemos señalado de forma resumida la importancia del contexto grupal en el otro lado del vínculo asistencial, el del grupo-equipo de profesionales. Este aspecto es esencial no sólo como exige toda colaboración interdisciplinar, sino como espacio de reflexión en el que recoger e integrar las múltiples transferencias de los pacientes a los que asistimos (27-29). Ello es necesario para minimizar los peligros del efecto fragmentador y desorganizador de los cuidados cuando son ejercidos pluralmente, contribuyendo a la vez a maximizar la continuidad y la planificación coherente de las intervenciones. Y ello significa también poner todo el cuidado, el detalle y la formalización necesaria para que las reuniones de equipo y los espacios de coordinación entre los profesionales sean anticipados, pensados y ejecutados tan precisamente como se detallan en los planes individualizados de tratamiento de algunos programas.

No pretendemos inducir a una visión idealizada de los grupos. En ellos hallamos siempre interacciones favorecedoras de la tarea e interacciones que contribuyen a la resistencia al cambio, dificultando su realización o incluso el mantenimiento del grupo. Siguiendo la filosofía de la recuperación, se trata, en todo caso, de poner a las personas en condiciones de curarse por sí mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Harding CM, McCrory DJ. Relación entre los abordajes psicoterápicos y la rehabilitación psiquiátrica en pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes: una llamada hacia estrategias más integradoras. En: Alanen YO, González de Chávez M, Silver AL, Martindale B, editors. Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Madrid: Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos, 2008; p. 371-89.
- (2) Lysaker PH, Roe D, Kukla M. Psychotherapy and Rehabilitation for Schizophrenia: Thoughts About Their Parallel Development and Potential Integration. *J Psychother Integr* 2012; 22(4): 344-55.
- (3) Hernández M. Complejidad, complementariedad e integración de intervenciones en personas con psicosis. En: Hernández M, Nieto Degregori MP, editors. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid: Editorial Grupo 5, 2011; p.15-78.
- (4) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2: 17-24.
- (5) Davidson L, Tondora J, Staeheli Lawless M, O'Connell MJ, Rowe M. Il recovery in psichiatria. *Organizzazione dei servizi e tecniche operative*. Trento: Erickson, 2012.
- (6) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *BJP* 2011; 199: 445-52.
- (7) Davidson L. Alcuni interrogativi comuni sulla recovery e sugli interventi *recovery-oriented*. En: Maone A, D'Avanzo B, editors. Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015; p. 217-33.
- (8) Bleger J. Psicohigiene y psicología institucional. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- (9) McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* 1988; 15: 351-77.
- (10) Bonfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Buenos Aires: Paidós Ibérica, 1987.
- (11) Lysaker PH, Roe D. The Processes of Recovery From Schizophrenia: The Emergent Role of Integrative Psychotherapy. *Recent Developments and New Directions*. *J Psychother Integr* 2012; 22 (4):287-97.
- (12) García Cabeza I. Aspectos específicos y diferenciales de la psicoterapia de grupo en la psicosis. *Rehabilitación Psicosocial* 2013; 10: 26-31.
- (13) Gonzalez de Chávez M. 25 años de psicoterapia de grupo en la psicosis. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos, 2012.
- (14) Tizón JL, Recasens JM. Experiencias grupales en Atención Primaria de Salud. En: Ávila Espada A, García de la Hoz A, editors. Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental. Madrid: Quipú, 1994; p. 11-49.
- (15) Correale A, Nicoletti V. Il gruppo in psichiatria. Roma: Borla, 2001.
- (16) González de Chávez M. ¿Por qué Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia? Curso sobre Psicoterapia familiar y de grupo en la esquizofrenia. Madrid, 1997.
- (17) Bauleo A. Psicoanálisis y grupalidad. Buenos Aires: Paidós, 1997.

- (18) Berry K, Drake R. Attachment theory in psychiatric rehabilitation: informing clinical practice. *Adv Psychiatr Treat* 2010; 16: 308-15.
- (19) Spivak M. Introduzione alla riabilitazione sociale. *Riv Sperim Freniatria* 1987; CXL(3): 522-74.
- (20) Vinogradov S, Yalom I. *Guía Breve de Psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós, 1996.
- (21) Todorov T, Bakhtine, M. *Le principe dialogique*. París: Le Seuil, 1981.
- (22) Anthony W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11-23.
- (23) Laffond V. *Grieving mental illness: A guide for patients and their caregivers*. Toronto: University of Toronto Press, 1994.
- (24) Chico M. Impacto emocional de la enfermedad mental: El proceso de duelo como marco para la intervención terapéutica orientada a la recuperación. XVIII Curso Anual de Esquizofrenia. Madrid. 2013.
- (25) Tarí A, Ferrer C. Duelo y recuperación. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. En: Hernández M, Nieto Degregori MP, editors. *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid: Grupo 5, 2011; p. 127-51.
- (26) Rodríguez A, Bravo M^a Fe. Marco general y conceptualización. En: Gisbert C, editor. *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: AEN; 2003
- (27) Nieto P. El equipo terapéutico en patologías mentales graves. En: Hernández M, Nieto Degregori MP, editors. *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid: Grupo 5, 2011; p. 211-23.
- (28) Irazabal, E. Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R, editors. *La concepción operativa de grupo*. Madrid: AEN, 1990; p. 191-203.
- (29) Suárez F. Apuntes para una reflexión sobre la gestión de recursos y la coordinación de equipos. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales* 2001; 8: 42-6.