

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Práctica y Habilitación Profesional

TFI

**Recuperación y Comunidad Terapéutica**

Incidencia de una comunidad terapéutica en la  
recuperación de un paciente con trastorno bipolar.

Autor: Delfina C. Pontoriero

Profesor Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

## INDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Marco institucional del trabajo.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>5</b>
3.1. <i>Objetivo general.....</i>	5
3.2. <i>Objetivos específicos.....</i>	5
<b>4. Marco Teórico.....</b>	<b>7</b>
4.1. <i>Trastorno Bipolar.....</i>	8
4.2. <i>Abordaje Terapéutico Convencional del Trastorno Bipolar.....</i>	10
4.3. <i>Comunidad Terapéutica.....</i>	13
4.4. <i>Convergencias y Divergencias entre los Tratamientos Convencionales y los Tratamientos Comunitarios.....</i>	18
4.5. <i>Concepto de Recuperación.....</i>	21
4.6. <i>Recuperación y Comunidad Terapéutica.....</i>	22
<b>5. Metodología.....</b>	<b>28</b>
5.1. <i>Tipo de estudio.....</i>	28
5.2. <i>Participante.....</i>	28
5.3. <i>Instrumentos.....</i>	28
5.4. <i>Procedimiento.....</i>	31
<b>6. Resultados.....</b>	<b>32</b>
6.1. <i>Objetivo 1. Descripción de los tipos de tratamientos anteriores recibidos por la paciente.....</i>	32
6.2. <i>Objetivo 2. Descripción de las modalidades de abordaje terapéutico indicados para el tratamiento de G en la institución.....</i>	35
6.3. <i>Objetivo 3. Análisis de la evolución sintomatología de la paciente G durante el tratamiento comunitario.....</i>	37
6.4. <i>Objetivo 4. Descripción de la autopercepción psicológica de la paciente respecto de la evolución de sus síntomas.....</i>	42
<b>7. Discusión.....</b>	<b>45</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>51</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>54</b>

# **Recuperación y Comunidad Terapéutica**

## **1. Introducción**

El presente trabajo tuvo como fin investigar acerca de cómo el abordaje del trastorno bipolar dentro de una comunidad terapéutica puede incidir en la recuperación de una persona que lo padece. Esta tarea tiene en cuenta no sólo la remisión sintomática, la mejoría funcional y la calidad de vida de la misma, sino también abordando cuestiones que tienen que ver con la percepción del usuario acerca de sí y de su reinserción dentro del contexto social en el cual habita.

## **2. Marco Institucional del trabajo**

El trabajo ha sido llevado a cabo en un Hospital de Día (HDD), el cual cuenta con dos turnos, mañana y tarde; siendo el primero donde fue realizada la actividad como pasante.

En el HDD las actividades son diferentes durante la semana. Se inicia la mañana con un desayuno temático, donde los temas se diferencian de acuerdo a cada día, siendo éstos de interés para los pacientes. Luego de esta actividad se acude a talleres como Terapia Ocupacional, Taller de Arte, Yoga, Huerta y Musicoterapia, los cuales también dependen del día de la semana que sea. Además de estos talleres recreacionales, los martes y jueves, los pacientes tienen Terapia de Grupo. A causa del número de usuarios que participan de ella, se encuentran divididos en dos grupos con dos terapeutas coordinadores en cada uno de ellos.

Al haber concurrido diariamente al HDD en el turno mañana como observadora participante pudo verse cómo se establecen vínculos entre los pacientes y los diferentes profesionales de la institución, las redes que han formado entre ellos, el grado de afinidad entre unos y otros, y a la vez, cómo esto interfiere de manera significativa en la subjetividad de cada uno de ellos.

Esto permitió ver que, además de tratar de lograr el alta del paciente, el HDD contribuye de manera realmente activa potenciando las relaciones sociales y promoviendo la capacidad para desarrollar actividades. Esto es esencial ya que la clase de pacientes que generalmente se reciben, suelen estar abúlicos, apáticos, desconectados de cierta manera de lo que los rodea.

El equipo del HDD elegido está integrado por Tres psicólogos, un psiquiatra coordinador y una enfermera, además de cada tallerrista y los respectivos ayudantes según sea el día de la semana. El papel que se ha desarrollado durante la práctica podría llamarse, según Grimson (1983), *terapeuta no verbal*. El mismo puede ser ocupado por estudiantes de psicología, asistentes sociales o personas con capacidad para organizar diferentes actividades. Este rol estaría dando cuenta de que en la comunidad terapéutica lo primordial no es lo medico y que muchos de los recursos que se necesitan no son asignados por la formación académica.

De acuerdo a lo expuesto, los espacios podrían agruparse bajo estos nombres y características:

- *Grupo de apertura*: se da los lunes, es coordinado por dos o tres terapeutas, se habla sobre cuestiones del fin de semana, ya sean problemas u otro tipo de eventos. Desde lo grupal permite evaluar el “tipo de semana” que se va a plantear y permite orientar, desde lo terapéutico, como se va a encarar la misma (Grimson, 1983).
- *Talleres*: son actividades organizadas, ya sea de forma conjunta o desarrolladas individualmente, pero siempre manteniéndose en el foco de que el grupo haga en conjunto una actividad (Grimson, 1983).
- *Grupo de terapia*: aquí la actividad específica es, según Grimson (1983), curarse y participar en la curación de los demás. Lo particular de esta terapia de grupo es que está más ligado con los hechos del día, ya que estos han sido vividos conjuntamente o compartidos de algún modo, por ejemplo en la palabra a través del relato de alguno de ellos.
- *Asamblea*: va a estar formada por todos los pacientes que estén en el turno correspondiente como por los terapeutas del mismo. Es donde se da la presentación de los nuevos miembros, por lo tanto donde ellos se presentan, a la vez que allí también se comunican las altas y donde el paciente se despiden del resto de sus integrantes. Como está vinculada con el lugar donde se permiten propuestas, comentarios y demás acerca de las actividades, también suele ser el

depositario de quejas o cuestiones que se esté en desacuerdo; ya sea por convivencia o mas relacionado con alguna actividad en particular.

Según Grimson (1983), la asamblea se va a plantear como englobante de las demás actividades grupales y deja en claro la inexistencia de relaciones y comunicaciones privilegiadas o secretas dentro de la institución comunitaria.

• *Grupo de expresión corporal (yoga; teatro)*: plantea, desde un plano más directo, la relación con el propio cuerpo y el vínculo con los demás. Aquí van a quedar evidenciadas las diferentes posibilidades, dificultades y bloqueos que no puedan ser evitados sin mas medios que la palabra o el uso de intermediarios como en el caso del taller de arte (Grimson, 1983).

### **3. Objetivos**

#### ***3.1. Objetivo general***

Analizar el rol del dispositivo comunidad terapéutica en la recuperación de una persona con trastorno bipolar.

#### ***3.2. Objetivos específicos***

**3.2.1.** Describir los tipos de tratamientos anteriores recibidos por la paciente.

**3.2.2.** Describir las modalidades del abordaje terapéutico indicado para el tratamiento de esta paciente

**3.2.3.** Analizar la evolución sintomatológica del paciente durante el tratamiento .

**3.2.4.** Describir la autopercepción de la paciente acerca de la evolución de sus síntomas durante su tratamiento.

#### 4. Marco Teórico

Según la reseña histórica presentada en la Sinopsis de Psiquiatría (Kaplan & Sadock, 2009), ya en el año 400 a. C., los términos *melancolía* y *manía* eran usados por Hipócrates para referirse a ciertas afecciones mentales. Pasados varios siglos, Falret, llamó *folie circulaire* los estados de ánimo que alternaban entre depresión y manía dentro de una misma persona. En 1882, Kahlbaum denominó *ciclotimia* a la enfermedad en la cuál se daba depresión y manía. Finalmente, en 1899, a partir de teorías de distintos psiquiatras franceses y alemanes, Kraepelin denominó *psicosis maníaco-depresiva*, a la enfermedad con las características que actualmente son utilizadas, en su mayoría, para los criterios diagnósticos del trastorno bipolar de tipo I.

El trastorno bipolar pertenece al grupo que, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado (American Psychiatric Association, 2002), se denomina como trastornos de los estados de ánimo. Los mismos se hayan divididos en trastornos depresivos (depresión mayor, distimia, no especificado), trastornos bipolares (tipo I, tipo II, ciclotimia, no especificado), trastornos del estado de ánimo basados en su etiología, la cual puede ser debido a enfermedad médica o inducido por sustancias y, por último, trastorno del estado de ánimo no especificado.

Si bien este grupo de trastornos es frecuente, la prevalencia de cada uno de ellos es diferente. El trastorno depresivo mayor posee un prevalencia de casi 17% a lo largo de la vida con respecto de todos los otros trastornos psiquiátricos. En los trastornos bipolares, la prevalencia oscila entre 2,4% y 7,8%, dependiendo del tipo de bipolaridad de la que se hable. El sexo es una variable a tener en cuenta en el caso del trastorno depresivo ya que su prevalencia es del doble en mujeres que en varones. En cambio, no existe esta diferenciación para el trastorno bipolar. Sin embargo, suelen asociarse los episodios depresivos con el sexo femenino, y los maníacos, con el sexo masculino. En los casos de manía en mujeres, suelen ser más comunes los cuadros de tipo mixto, es decir, manía o hipomanía y depresión a la vez (Kaplan & Sadock, 2009).<sup>8</sup>

#### **4.1. Trastorno Bipolar**

El trastorno bipolar es considerado una enfermedad frecuente, debilitante y crónica, pudiendo representar, en el futuro, riesgo de desempleo y suicidio. Suelen presentarse sus primeros síntomas en edades tempranas de la persona, generando con el tiempo una incapacidad funcional significativa para la misma, su familia y la sociedad en general (Adams, Berk, Cahill, Dodd, & Malhi, 2009).

Actualmente, este trastorno, se ha convertido en una de las diez primeras preocupaciones de la salud pública a nivel mundial. Además de las consecuencias indicadas en el párrafo anterior, es una enfermedad que no se puede prever y suele ser recurrente con periodos alternantes del estado de ánimo entre hipotimia e hipertimia (Adams, et al., 2009).

La bipolaridad es conocida como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por presentar alteraciones en el nivel de actividad, funciones cognitivas, habla y funciones vegetativas. Implica también un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral (Kaplan & Sadock, 2009).

Lo que distingue al trastorno bipolar son los episodios maníacos. De acuerdo al tono tímico de cada uno de estos episodios, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado (American Psychiatric Association, 2002), presenta diferentes tipos de bipolaridad:

- Trastorno Bipolar I;
- Trastorno Bipolar II;
- Trastorno Ciclotímico;
- Trastorno bipolar no especificado.

Cada uno de ellos se caracteriza por tener una alternancia entre estados depresivos y maníacos o hipomaníacos. Durante los episodios depresivos aparece un sentimiento de intensa tristeza durante la mayor parte del día. Hay pérdida del interés o de la capacidad para experimentar placer, puede haber pérdidas o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotriz, cansancio, incapacidad para concentrarse,

indecisión, y también pensamientos de muerte y/o ideación suicida. Al contrario de esto, los episodios maníacos se caracterizan por percibir en el paciente un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable. Esto se acompaña de una autoestima exagerada, sentimiento de grandeza, disminución en la necesidad de dormir, verborrea, distraibilidad, agitación psicomotriz, y/o implicación excesiva en actividades placenteras que suelen terminar con consecuencias graves. El episodio hipomaniaco, a diferencia del maníaco, no es lo suficientemente grave como para provocar consecuencias desafortunadas, deterioro laboral o social importante ni tampoco posibilidad de internación (American Psychiatric Association, 2002).

Generalmente, los inicios del trastorno se caracterizan por cambios en el estado del ánimo poco significativos, pudiendo durar entre días y semanas antes de que se manifieste una depresión clínica. Lo mismo pasa con los episodios maníacos, los cuales suelen ser precedidos por periodos de mayor energía y estado de ánimo superior al basal, disminución de la necesidad de dormir junto con pensamiento acelerado. A estos síntomas, se les ha dado el nombre de *síntomas de advertencia temprana* (EWS *early warning symptoms*). Sin embargo, estos periodos previos a cada episodio no son condición para todos los que padecen este trastorno (Adams et al., 2009).

Dado que la bipolaridad se caracteriza por el episodio maníaco, muchas veces, hasta que éste no se manifiesta, se trata al paciente bajo el diagnóstico de depresión mayor, asistiendo a la persona con los procedimientos correspondientes a esta enfermedad, provocando tratamientos deficientes e inadecuados, en algunas oportunidades. A esto se suma que los momentos de la vida donde suele declararse, la adolescencia o adultez temprana, se caracterizan por ser contextos vitales complicados. Generalmente son una época donde se dan importantes cambios fisiológicos por la transición vital de pasar de un cuerpo y rol de niño a transformarse en un adulto, lo que implica un desarrollo cognitivo, social y emocional de magnitud acorde. Este contexto dificulta de manera significativa la detección de los signos y síntomas propios de la enfermedad, dando como consecuencia que en la práctica, un alto porcentaje de pacientes lleguen a los consultorios con diagnóstico equivocado o, directamente, se pierden como pacientes (Adams et al., 2009).10

Como se ha dicho anteriormente, la American Psychiatric Association (2002), define cuatro formas de clasificación para el trastorno bipolar (tipo I, tipo II, Ciclotimia y no especificado). Aunque los criterios diagnósticos para cada una de estas clasificaciones están estrictamente reglados por la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en la práctica, muchas veces pueden verse pacientes que, si bien no cumplen exactamente con lo expuesto en cuanto a los síntomas o duración de éstos, presentan estados clínicamente relevantes del estado de ánimo comparables con el trastorno bipolar. Así se generan cuadros atenuados de bipolaridad que se hacen difíciles de diagnosticar según lo expuesto en los criterios.

Esta combinación entre síntomas del estado de ánimo atenuados en comparación con los de la bipolaridad, ya sean de depresión o manía, junto con síntomas psicóticos que pueden llegar a presentarse en algunos casos, se genera un espectro de posibilidad diagnóstica que complica el tratamiento y dificulta el pronóstico (Adams et al., 2009).

Existen casos en los que puede darse una combinación de síntomas depresivos y maníacos, los cuales complican el diagnóstico del trastorno, que se los llama como *episodios mixtos*. En estos casos puede verse que se cumplen en una misma persona los criterios para un episodio maniaco a la vez que para un episodio depresivo. El estado de ánimo fluctúa con rapidez, junto con síntomas de agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos y/o ideación suicida (American Psychiatric Association, 2002). Al igual que con las otras clasificaciones, en la práctica se vuelven difíciles de detectar, por lo que pueden llegar a ser tratados inadecuadamente. Según Adams et al. (2009), en estos episodios suele ser regla la comorbilidad con trastornos de ansiedad o con problemas de abuso de sustancias.

#### **4.2. Abordaje Terapéutico Convencional del Trastorno Bipolar**

Aun, en los tiempos que corren, la bipolaridad sigue siendo un trastorno que se diagnostica erróneamente y se lo trata de manera deficiente. En la década de los noventa, se han realizado muchos estudios sobre estrategias

nuevas de tratamiento habiendo alcanzado resultados de éxito variable (Adams et al., 2009).

Habitualmente, el tratamiento en el trastorno bipolar debería ir orientado hacia varios objetivos ya que es una enfermedad que puede recidivar ante diferentes situaciones. Es por esto que, según Adams et al. (2009), el abordaje es una investigación en cada momento en que se presenta una crisis. Además de buscar mejorar la calidad de vida del paciente, se va a buscar alcanzar la eficacia global del tratamiento para reducir los síntomas. Así, todo tratamiento va a ponderar la seguridad del paciente, atacar los síntomas inmediatos y pensar en el bienestar futuro del mismo.

Actualmente se piensa en una modalidad de asistencia farmacológica junto con psicoterapia, pero no deben descuidarse las situaciones vitales estresantes ya que aumentan la posibilidad de una recaída (Kaplan & Sadock, 2009).

Según Adams et al. (2009), existen fundamentos que deben tenerse en cuenta a la hora de abordar un caso de trastorno bipolar. Los mismos se los agrupa bajo la sigla RELATION, las cuales, traducidas, significan *Rango de los enfoques eficaces a largo plazo adaptados a los resultados y necesidades individuales*. La definición de esto se encuentra en la tabla 1 contenida en el anexo. El objetivo común de estos fundamentos es procurar asegurar el logro de un equilibrio dinámico durante el abordaje del caso. Así, se tendrá en cuenta toda la variedad posible de tratamientos específicos de la bipolaridad, sin descuidar el punto central, que son las necesidades específicas del paciente.

Cuando la persona se encuentra en un episodio agudo, ya sea de manía o depresión, deberán tenerse en cuenta una serie de cuestiones a la hora de la toma de decisión sobre cómo actuar. Según Adams et al. (2009), estos puntos son:

- Gravedad de los síntomas;
- Grado de deterioro funcional;
- Posibilidad de introspección;
- Síntomas psicóticos;

- Riesgo para sí mismo o para terceros;
- Redes sociales de apoyo.

Las respuestas a estos puntos determinaran una estrategia de tratamiento al momento de la consulta. Así, el paciente podrá decidir el ingreso a un hospital, o ingresar de manera involuntaria, o bien optar por un tratamiento comunitario (Adams et al., 2009).

La posibilidad de hospitalización se aborda cuando el paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceros. También se la considera en caso de que los síntomas hayan sido rápidamente progresivos y/o el paciente no posea una red de apoyo (Kaplan & Sadock, 2009).

En caso en que no se indique internación o se haya estabilizado al paciente en la misma para luego darle el alta, puede recurrirse a un tratamiento ambulatorio en un hospital de día que refuerce el abordaje farmacológico y psicoterapéutico. Como se ha mencionado, otra alternativa es optar por recibir tratamiento comunitario, siendo esta una de las opciones menos populares quizás (Kaplan & Sadock, 2009).

Según Adams et al. (2009), existen pruebas convincentes acerca de la efectividad de las terapias psicológicas en el tratamiento de la bipolaridad, presentándose como un gran complemento del tratamiento farmacológico. Las terapias focalizadas en fortalecer la adherencia a la medicación y en el reconocimiento de los síntomas tempranos de variabilidad del estado de ánimo, son más apropiadas para la manía. En cambio, aquellas que reparan en estrategias cognitivas e interpersonales, tiene mayor repercusión en la depresión.

Las psicoterapias para el abordaje del trastorno bipolar son variadas y debe elegirse de acuerdo al paciente y la historia del mismo que se tiene enfrente. Entre las mas estudiadas, Adams et al. (2009) mencionan:

- *Psicoeducación*, la cual debería formar parte de todas las intervenciones, ya que se ha comprobado que es un gran complemento de la farmacoterapia así como también, puede retrasar el tiempo entre recidivas de episodios y mejorar la funcionalidad del paciente.

- *Terapia cognitivo-conductual (TCC)*, se aplica en la bipolaridad para el abordaje de los comportamientos afines de la enfermedad, junto con los pensamientos asociados. Investigaciones realizadas muestran la efectividad de esta terapia en la reducción de las recidivas de episodios, mucho más si se inician en los comienzos de la enfermedad. Las terapias centradas en la familia (FFT), combinan psicoeducación con entrenamiento basado en habilidades, proporcionado tanto al paciente como a su familia durante un tiempo específico.
- *Terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT)*, la misma refiere que interrumpir actividades que normalmente regulan el reloj biológico pueden llegar a desregular el estado de ánimo en los trastornos afines. Por lo que su abordaje se va a focalizar en las relaciones existentes entre la calidad de las relaciones y roles sociales, y los síntomas. También va a prestar especial importancia a regularizar las rutinas, así como tratar de identificar los posibles factores o situaciones que resulten ser ocasionales de episodios.
- *Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT)*, si bien los estudios de eficacia para este tipo de terapia han sido realizado para depresión unipolar, actualmente se está investigando su efectividad para el caso de la bipolaridad, dentro de lo que serían los síntomas de ansiedad y depresión que suelen aparecer entre los episodios del trastorno.

Este tipo de intervenciones, TCC, IPSRT y FFT, han dado resultados positivos ya que se comprobó que mejorarían los síntomas depresivos, junto con el aumento de probabilidades de recuperación. También propiciarían una mejoría funcional del paciente, sobre todo en cuestiones relacionadas con la satisfacción de vida y el funcionamiento de las relaciones (Adams et al., 2009).

#### **4.3. Comunidad Terapéutica**

El Hospital de Día, como recurso autónomo, es un dispositivo que se encuentra entre la internación completa y el tratamiento ambulatorio. Según Larivière, Melancon, Fortier, David, Cournoyer, Baril y Bisson (2009), los

primeros fueron creados alrededor de la década del treinta, los mismos se trataban de un servicio alternativo de cuidado para personas con síntomas de enfermedad psiquiátrica, y significaron ser una de las primeras formas de concebir el cuidado y tratamiento de la enfermedad mental desde un modelo comunitario. Así, resultaban ser un ambiente de menor grado de institucionalización y estigmatización, a la vez que evitaban que esto recayera sobre el paciente. Propiciaban mantener mejores relaciones familiares, a la vez que resultaron ser un tratamiento de menor costo que una internación completa.

Según Hoge, Farrell, Munchel y Strauss (1988), en los últimos años, los HDD han ido implementando, cada vez mas, componentes del modelo comunitario de cuidados y recuperación psiquiátrica. Estos modelos comunitarios han sido tomados de autores como Jones, Bion y Main (Larivière, 2009).

Grimson (1983) planteaba que en este tipo de modelo se da una acción colectiva relacionada tanto con lo que hace uno como con el vínculo inconsciente que se produce entre los usuarios, resultando, de por sí, terapéutico. Esta acción colectiva se convierte así en un proceso guiado por los profesionales e impulsado por todos los participantes. Jones (1956), plantea que en una comunidad terapéutica el tratamiento no se limita a ser llevado a cabo por el equipo de profesionales entrenados, sino que también les incumbe a los pacientes que vienen en busca de él.

El paciente que decide formar parte de una comunidad terapéutica comienza del lado de la dependencia y necesidad de ésta, para ir de a poco dirigiéndose hacia a la autonomía a medida que se ven alcanzando los objetivos de su cura (Jones, 1956). En un estudio realizado por Larivière, Desrosiers, Tousignant y Boyer (2010), pudieron ver que los pacientes que habían atravesado la experiencia de concurrir a un HDD habían podido ser ayudados a mejorar su sintomatología y la relación consigo mismo. También percibieron que este proceso de cambio y mejoría podía continuarse aun luego de haber sido dados de alta.

Según Grimson (1983), la asistencia a una comunidad terapéutica puede indicarse en los casos en que es necesario un tratamiento que no se reduzca a la atención individual, sino que se precisen de muchos más recursos integrados. Los trastornos más habituales pueden ser psicosis, tanto agudas como crónicas, depresiones y bipolaridad. Para los demás casos, como caracteropatías, debe ser evaluado en cada situación en particular. De todas formas, siempre hay que tener en cuenta el tipo de pacientes que se encuentran en la institución en el momento de admitir uno nuevo.

Muchos pacientes pueden llegar al HDD con prejuicios y miedos acerca de cómo podrían llegar a ser juzgados por su entorno social, debido a que pueden calificarlo como un hospital psiquiátrico mas (Larivière et al., 2010). Según Rodrigué (1965), los usuarios pueden concurrir por derivación profesional o por recomendación de alguna otra persona, y generalmente, con motivo de haber intentado tratarse con medios ambulatorios sin poder lograrlo con éxito. Así, vendrán en busca de una mayor contención y de un tratamiento que se extienda durante algunas horas del día. Los profesionales deberán tener en cuenta tanto el motivo de consulta del paciente como el de la familia, ya que de esta manera podrá llegarse a una visión más global del problema. Junto con esto se irá profundizando en el caso a lo largo de toda la primera semana. Con el correr del tiempo, podrá conocerse mejor al paciente y a su enfermedad, en conjunto con las motivaciones, formas de vincularse, conductas y demás cuestiones que permiten obtener una imagen mas clara de la situación para poder desarrollar diferentes actitudes terapéuticas dirigidas a ese usuario en particular (Rodrigué, 1965).

Dentro del HDD, como sugirió Jones (1956), las actividades programadas se convierten en un recurso de investigación integral, donde se crea un sitio para la experiencia cultural, ya que el usuario comparte con otras personas (otros pacientes y profesionales). Así, podrán evaluarse el grado de participación como la estructuración de las conductas del paciente. Todos estos datos obtenidos de la actividad podrán confrontarse luego con los que se han ido estructurando a partir de la historia clínica, la entrevista, las diferentes escalas administradas, así como también con la información surgida del encuentro familiar acerca de sus formas vinculares. En una investigación

realizada por Larivière et al. (2010), los pacientes dijeron que las consideraban terapéuticas debido a la posibilidad de externalizar, mediante ellas, sus sentimientos y problemas. Además, entre otras varias razones, volvían interesante y motivador al tratamiento.

Los diferentes espacios que posibilita un tratamiento dentro de una comunidad terapéutica permiten que el diagnóstico al cual se arribe pueda dársele la denominación de *clínico-social*, teniendo en cuenta la retracción social del paciente tanto como a su patología (Grimson, 1983).

Además del diagnóstico *clínico-social*, otro de los beneficios principales de este tipo de dispositivos es evitar o reducir el número de internaciones en el paciente. Para los casos crónicos se focaliza mayormente en resocializarlos y poder restaurar, en la medida de lo posible, las habilidades que pueda haber llegado a perder (Grimson, 1983). Larivière et al. (2009) mencionan cuatro puntos que debe proveer un hospital de día:

- Tratamiento para aquellas personas que padecen una enfermedad mental, que de otra forma deberían ser internados de forma completa;
- Tratamiento o rehabilitación para aquellos pacientes que están en proceso de alta, o que acaban de salir de una internación completa;
- Tratamiento o rehabilitación para aquellos usuarios, que si bien no necesitan ser internados, van a ser beneficiados de recibir un cuidado más intensivo que el que podría darse en un tratamiento convencional ambulatorio;
- Rehabilitación y apoyo para aquellos pacientes con severos trastornos mentales.

Para poder proveer un tratamiento acorde a los puntos antes expuestos, según Rodríguez (1965), una comunidad terapéutica debe basarse en principios cooperativos de trabajo, tanto en el equipo como para la relación paciente-personal; por lo que el proceso terapéutico estará dado por una interacción colectiva en la toma de decisiones (Rodríguez, 1965). Pacientes que habían concurrido a un HDD dijeron que lo que más recordaban cómo beneficioso para ellos fue el contacto interpersonal tanto entre pares como con los profesionales de la salud, cualidades de los profesionales (empáticos, respetuosos,

dispuestos, generosos) y sus competencias profesionales (motivación, devoción, experiencia), hacían sentir a los usuarios contenidos, aceptados y entendidos. También destacaron que la terapia de grupo como los momentos de terapia individual era una muy buena combinación dentro del HDD para la atención del usuario. Por estas cosas, entre muchas otras, habían podido tener una buena experiencia con los servicios asistenciales de la salud mental, por lo que no dudarían en recurrir rápidamente a ellos ante una sensación de desmejoramiento (Larivière et al. 2010).

Como quedó expresado en los resultados del párrafo anterior, surgidos de la investigación de Larivière et al. (2010), en este tipo de tratamiento van a combinarse períodos libres de tiempo junto con actividades grupales, las cuales se consideran que podrán ayudar a reducir la fragmentación personal y también reestructurar la fragmentación grupal (Grimson, 1983). En cada una de ellas, se intenta que el paciente, por medio de una significación personal, pueda expresar, descubrir y resolver su situación problemática allí. Así, las actividades se van a convertir en el *núcleo activador* de la comunidad; y el grupo de psicoterapia y la asamblea en el *núcleo significador*, ya que allí se trabajara expresamente de los problemas de la institución y de cada uno en particular, así como algún otro tipo de cuestión.

Según Grimson (1983), el equipo profesional de la comunidad debe funcionar como un coordinador dentro de las actividades desarrolladas y como un vehiculizador de la integración entre éstas. Además, debe poder lograr que se integren estas actividades internas con el mundo externo del paciente, para así cumplir con uno de los más importantes objetivos del tratamiento que es resocializar al enfermo.

Así, la comunidad terapéutica podrá llegar a convertirse en un sistema de regulación normativa entre las normas de la sociedad en la cual está inmerso el enfermo y las de la patología clínica que lo habita (Jones, 1956).

Se han llevado a cabo estudios acerca de qué tipos de pacientes serían los más privilegiados en los HDD con objetivos similares a los que se tiene en una comunidad terapéutica. Larivière, Desrosiers, Tousignant y Boyer (2010) realizaron una investigación acerca de las consecuencias clínicas y sociales,

en el tiempo, en personas con trastornos psicóticos (T1), trastornos del estado del ánimo y de ansiedad (T2) y trastornos de personalidad (T3) que han sido tratados en hospitales de día. Los resultados obtenidos fueron que el grado de mejoría en los tres grupos fue similar, tanto en el logro de objetivos como en la satisfacción con el tratamiento y la participación social. Todos ellos se mantuvieron estables en sus síntomas, sin embargo, las personas del grupo T2, continuaron incrementando su autoestima, así como sus logros y satisfacción en las actividades y roles sociales. Es por esto que podría pensarse que el grupo T2, por continuar percibiendo mejoras luego de haber sido dados de alta, sería un grupo particularmente beneficiado en la experiencia de un HDD.

#### ***4.4. Convergencias y Divergencias entre los Tratamientos Convencionales y los Tratamientos Comunitarios***

Los llamados *tratamientos convencionales* derivarían en internación aquellas patologías que serían inviables bajo tratamientos ambulatorios. El tratamiento de éstas en una comunidad terapéutica lleva un curso muy diferente que el que se da en una *institución completa* o *total*. Además de que se evita que se instale la conocida enfermedad secundaria que recibe el nombre de *institucionalización*, hay una permanente comunicación entre los diferentes ámbitos que constituyen al paciente (Grimson, 1983).

En una comunidad terapéutica se va a buscar evitar el manejo burocrático, la función asistencial del equipo de vigilar a los pacientes, la distancia y, el trato jerárquico entre terapeuta y paciente. Se logrará esto por medio de una auto-observación que controle que no haya una regresión hacia las normas tradicionales de una institución psiquiátrica total. Un objetivo fundamental de plantear comunidades terapéuticas ha sido tratar de disminuir, mediante ellas, la distancia social que existe entre las personas que se consideran y manifiestan estar enfermas mentalmente y aquellas que no (Acrest, Guardo & Wikinski, 2011). Históricamente, las clínicas y hospitales psiquiátricos han sido creados para sacar al enfermo de las cárceles y de los asilos, sitios donde

antiguamente se los juntaba con delincuentes, vagabundos y ancianos (Grimson, 1983). A estas instituciones se las ha clasificado en *cerradas* y *abierta* en función de las relaciones de poder establecidas, los objetivos planteados, los mecanismos utilizados para establecer normas, junto con la forma de relación que existe entre ellas.

En la *institución cerrada*, según Grimson (1983), el personal tiene una función más de custodia, donde los terapeutas forman una población diferente a la de los pacientes y donde su trabajo no está dirigido a modificar de alguna manera la situación de cada paciente. Lo importante aquí es la institución. En las *instituciones abiertas*, el paciente puede decidir acerca de su permanencia o no en ella, por lo que la misma tratará de retenerlo de alguna manera. Si bien aquí, la población se diferencia entre terapeutas y no terapeutas, entre los objetivos a alcanzar, siempre está la curación del enfermo. El problema puede a veces residir en las diferencias que surgen dentro del personal referidas a la conducta terapéutica a seguir.

Dicho esto y siguiendo con las ideas de Grimson (1983), la institución que se proponga transformarse en una comunidad, va a instalar en su interior relaciones cooperativas entre el personal, los pacientes y en la interacción persona-paciente. Además contará con la asamblea, actividad que garantiza la posibilidad de corregirse en caso de que haya una tendencia hacia la *institucionalización* de la misma, ya sea bajo la forma de comunicaciones privilegiadas, secretas o de tratos diferenciados entre pacientes y personal. La asamblea, así, se constituye en una garantía de que no existan las mismas y que la participación de todos sus integrantes sea homogénea.

<p>En relación a lo expuesta anteriormente, por medio de la tabla 2, se presenta, de forma comparativa, las características principales que diferencian a cada institución psiquiátrica (Grimson, 1983).<sup>20</sup></p> <p><b>Institución Total</b></p>	<p><b>Institución Abierta</b></p>	<p><b>Institución Comunitaria</b></p>
---	-----------------------------------	---------------------------------------

<b>Objetivo</b>	<b>Aislamiento, custodia.</b>	<b>Retención, cuidado pasivo.</b>	<b>Contención, cuidado participante.</b>
<b>Acción</b>	<b>Vigilancia.</b>	<b>Terapia a pacientes.</b>	<b>Terapia con pacientes.</b>
<b>Modelo</b>	<b>Caja cerrada.</b>	<b>Caja abierta.</b>	<b>Red de interacción</b>
<b>Expectativa</b>	<b>No hay cambios.</b>	<b>Se realizan cambios.</b>	<b>El paciente ayuda en el cambio.</b>

Si bien a lo largo de los años la concepción del dispositivo Hospital de Día fue cambiando, éste surge con el fin de lograr la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico. Así se logra un seguimiento de éste, sin la necesidad de que permanezca internado, condición que alteraría sus actividades diarias, sus contactos habituales con el afuera, sus redes sociales, vínculos familiares y afectivos y demás cuestiones que plantea una internación de estadía completa en un hospital psiquiátrico. Al concurrir al HDD se continúa con el seguimiento médico que permite estar alerta a cualquier dato o síntoma que se considere de relevancia a la vez que permite una amplia gama de abordajes y modalidades terapéuticas para con el paciente (Naranjo Vila, 2001).

Se han realizado investigaciones que implicaron una revisión de la literatura publicada acerca de la efectividad de cada una de las modalidades, tanto hospitalización completa como parcial. Los resultados no han arrojado demasiadas diferencias entre unos y otros. En una publicación, realizada por Horvitz-Lennon, Normand, Gaccione y Frank (2001), los resultados hablan de que las comparaciones realizadas acerca de la efectividad obtenida en ambas formas de tratamiento han sido comparables tanto para la parte psicopatológica como para el funcionamiento social. Sin embargo, creen que los mismos no podrían ser generalizables ya que podrían estar limitados debido a los criterios de exclusión de ciertos pacientes, utilizados por las publicaciones que se revieron. De todas maneras, se presentaron algunas excepciones que favorecían la hospitalización parcial diciendo que habría diferencia en la recuperación sintomática o funcional del paciente junto con un mayor reajuste social del mismo. También, durante la investigación, la misma sugirió que los pacientes y sus familias se hallaban más satisfechos con la hospitalización parcial. La percibían como una manera de tratamiento alternativo, de menor costo que la internación total, cumplimentando así, costo-efectividad.

#### 4.5. Concepto de Recuperación

El origen acerca de qué es la recuperación viene dado de un número de organismos internacionales, gubernamentales, así como de los mismos pacientes y familiares que remiten a ella (Agrest et al., 2011). A la vez, las políticas de desinstitucionalización, han llevado a pensar en la rehabilitación del paciente psiquiátrico, revalorándolos como ciudadanos, entrenando sus habilidades y proporcionándoles apoyo, centrándose en las necesidades y objetivos del paciente, brindándoles una atención comunitaria que no implique un aislamiento y desconexión del contexto social en el cual habita (Kroon & Weeghel, 2004).

En el principio, los objetivos de los tratamientos psiquiátricos apuntaban a la remisión sintomática y mejoría del paciente. Con el tiempo se vio que esto ya no era suficiente por lo que se empezó a pensar en la recuperación de éste, derivando en una forma de pensar al usuario de los servicios de la salud mental desde un ángulo totalmente distinto (Agrest et al., 2011). Así, la cura ya no iría de la mano de la recuperación, sino que cualquiera de las dos podría darse independientemente de la otra, por lo que se determinó que para los pacientes, según Agrest y Druetta (2011), recuperarse era una experiencia más de cambio personal relacionado con la funcionalidad social más que con la remisión de sus síntomas. Por lo tanto, una persona que padece una enfermedad mental, podría seguir con periodos de exacerbación de sus síntomas sin que esto signifique afectar de manera importante las actividades y roles sociales que desarrolla cotidianamente.

En la conceptualización de la recuperación, actualmente, no pueden obviarse la apropiación de habilidades sociales y laborales así como la aceptación de las limitaciones propias. Es por esto que el objetivo del tratamiento dirigido a un enfermo debería tener en cuenta un abordaje total, para que éste pueda desarrollarse lo más autónomamente posible dentro de una vida social (vivienda, empleo, educación, redes sociales, familia), haciendo uso de sus posibilidades y potencialidades (Agrest et al., 2011).

#### 4.6. Recuperación y Comunidad Terapéutica

En una comunidad terapéutica se cree que la recuperación del enfermo no puede darse de forma aislada, dentro de la institución, sino que debe ser en relación con el contexto social, económico y cultural en el cual está inmerso esa persona (Agrest et al., 2011), ya que ese escenario en el cual deberá desarrollarse cotidianamente.

Grimson (1983) plantea que en la institución comunitaria, el fin no es retener y/o proveer de cuidados al enfermo, sino que lo que se va a favorecer las interacciones posibles dentro de ella. Además, se va a buscar potencializar las capacidades terapéuticas de los pacientes a la vez que

todo el personal pasa a desempeñarse como terapeuta. No se plantea dejar sin contención a los pacientes pero se busca que se impliquen de manera activa en el proceso de su recuperación.

Así puede verse que la recuperación de un enfermo no va a depender enteramente del tratamiento que reciba ni de sus disposiciones fisiológicas y/o psicológicas. La misma va a ser la resultante de un profundo proceso personal acerca de cambiar actitudes, sentimientos, valores, habilidades y/o lugares ocupados en la vida social. Implicará también para el paciente, correrse de ese lugar de espera para poder ser artífice de su propio avance (Agrest et al., 2011).

Según Rodrigué (1965), la concepción de HDD, desde un modelo comunitario, como el planteado por Jones a mediados del siglo XX, deberá dejar de tener como único objetivo la eficacia técnica, para pasar a promover un lugar donde se dé la mayor participación de todos los miembros implicados en la institución de manera activa. Esto sería fomentar en ellos la autodeterminación, o sea, tener la capacidad de realizar elecciones y poder llevarlas a cabo (Agrest et al., 2011). Se plantea que el paciente logre hacer uso de los roles sociales y vocacionales, a la vez que pueda llegar a transportarlos o imitarlos en la comunidad externa a la del hospital de día.

Dicho esto, los autores Kroon y Weeghel (2004) plantean que podría hacerse una analogía entre la rehabilitación psiquiátrica y la atención comunitaria. En ambas se hace énfasis en la mejoría, se desarrolla una relación entre el paciente y el profesional más allá del tratamiento, se promueve una implicación del usuario en la planificación y en la definición de los objetivos de su tratamiento, así como también se lo entrena en habilidades y en la posibilidad de adaptación al entorno junto con un apoyo constante al cual puede recurrir el paciente todo el tiempo que sea necesario para que logre afianzarse.

Para evaluar la recuperación de un paciente, existen ciertos indicadores a tener en cuenta (Agrest et al., 2011):

- Carga sintomática: es muy importante saber cómo los síntomas afectan al paciente, ya que muchas veces la remisión de éstos o no, no es índice de mayor o menor recuperación. La carga sintomática repercute directamente en la calidad de vida, en la experiencia subjetiva de bienestar y en la inclusión social;
- Calidad de vida: relacionada directamente con la percepción subjetiva de bienestar, más allá de la salud objetiva del paciente. Según la Organización Mundial de la Salud es “la percepción

que el individuo tiene de su propia existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”;

- Funcionalidad del paciente: tiene en cuenta las conductas y el desempeño social, abarcando aspectos sociales, ocupacionales y psicológicos en general;
- Experiencia y narración de la misma: poder contar una experiencia vehiculiza la posibilidad de reexperimentarla, revivirla, recrearla y reconstituirla, resignificándola en el aquí y ahora, pudiéndola llegar a cargarla de un valor tan significativo como la experiencia misma.

La narración de la misma, en el caso de una persona que ha llegado a una crisis que motiva el ingreso de ésta a una institución, le permite organizar en una secuencia temporal los acontecimientos, dando como consecuencia la posibilidad de obtener un relato coherente de sí mismo y del mundo que lo circunda (White & Epston, 1980).

Según Agrest et al. (2011), existirían ciertos factores que estarían implicados de alguna forma con la mejoría del paciente. Los mismos surgirían de un espacio que propiciara su aparición, tal como se da en un HDD que funcione bajo criterios de atención comunitaria. Alguno de estos factores serían la actividad, la cual permite a la persona estar más despierta, productiva e implicar a otros. El hecho de implicar a otros significa compartir e interactuar, algo que está comprobado que ayuda a las personas. Otro factor sería el cuidado y la sensación de sostén que puede proporcionar el HDD.

Así como existen factores dentro de un HDD que conducen a la mejoría del usuario, también existen aquellos que la dificultan. Entre los más comunes se pueden mencionar los extensos tratamientos; los grupos heterogéneos, ya sea por la edad, situación social y/o patología; y las posibles actividades grupales que ignoren las preferencias individuales (Agrest et al., 2011).

Respecto de los factores que serían terapéuticos, se realizó una investigación exploratoria que focalizó sobre aquellos que aparecían para facilitar cambios, en corto tiempo, dentro de un HDD. Así, Hoge et al. (1988) determinaron catorce factores, los cuales fueron ordenados de acuerdo al porcentaje de pacientes que los nombró como importantes dentro de su tratamiento. Los mismos fueron:

- Estructura. Considerada como el aspecto más importante del HDD. La relacionan con cuatro elementos: rutina (por la regularidad con que se concurre al HDD), dirección (ayuda recibida por los profesionales en la toma de decisiones respecto a cuestiones de la propia vida), actividad (remarcan que estar haciendo cosas es satisfactorio y ayuda a despejar la cabeza) y

propósito (el concurrir al HDD les otorga un sentido a sus vidas que muchos no sienten tener ya que se hallan desempleados, o perdieron contacto con sus familias o amigos, etcétera).

- **Contacto interpersonal.** Se incluyen aquí, una interrelación entre aceptación, pertenencia, compañía, compartir y apoyo. Así, se genera una importante empatía entre las personas que acuden al HDD, la cual tiene el efecto terapéutico de lograr incrementar la autoestima y haciendo decrecer los sentimientos de desesperanza y de indefensión.
- **Universalidad.** Este término proviene de un trabajo de Yalom realizado sobre los factores terapéuticos de la terapia grupal. No se relaciona, como el factor anterior, desde una relación con el otro, sino desde una comparación con el otro. Así los pacientes suelen sentir que los otros poseen dificultades y problemas como uno mismo, incluso, según los casos, peores.
- **Altruismo.** Los pacientes encuentran varias maneras de ayudarse entre sí. Estos actos altruistas, los hace sentir parte de una comunidad, a la vez, que les ayuda a incrementar su autoestima y sentido de competencia.
- **Medicación.** En general, tanto pacientes como profesionales, atribuyen la remisión sintomática en mayor medida, a la medicación. Sin embargo, siempre la relacionan con ser el medio que le permitió realizar las otras cosas para estar mejor; como si fuera una condición necesaria pero no suficiente.
- **Catarsis.** La posibilidad de expresar sus sentimientos dentro de un ambiente controlado ha sido considerado como terapéutico por la mayoría de los usuarios.
- **Aprendizaje.** Aprender sobre algo en particular o diferentes habilidades, también fue mencionado como terapéutico por un gran número de pacientes.
- **Feedback en los comportamientos.** Para ciertos pacientes resulta terapéutico darles información acerca de cómo sus comportamientos afectan a los otros. Muchas veces este feedback puede ser no verbal, enseñando a la persona cómo actuar en cuestiones determinadas.

También puede incrementar la conciencia acerca de los patrones autodestructivos o de la realidad circundante.

- **Practicar en la casa.** Algunos pacientes refirieron que practicar nuevas habilidades y comportamientos adquiridos, también resultaba terapéutico. A diferencia de las personas que se encuentran hospitalizadas de forma total, los que concurren a un HDD tienen más

posibilidades de interactuar con la comunidad y poner en práctica aquellas cosas que aprendan para mejorar su sociabilización.

- Movilización del soporte familiar. No es unánime la forma en que las reuniones familiares son terapéuticas, pero algunos refieren que ayudó a que su familia entienda más sobre la patología, que los vuelva más cercanos, entre otras respuestas que se han dado.
- Conexión con la comunidad. En un HDD se otorga, además de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, conocimientos y espacios vocacionales, actividades voluntariados, programas de ayuda social, tal como posibilidad de trabajo así como la posibilidad de concurrir a algún club social, propio o ajeno a la institución. Esta conexión con la comunidad resulta ser terapéutica según lo referido por los usuarios.
- Fomentar autonomía en los pacientes. Los pacientes que acuden a un HDD, pasan la mayor parte del tiempo afuera del mismo, por lo que esto alienta la autonomía del usuario. Dentro del dispositivo se refuerza esto otorgando responsabilidades específicas durante su estadía en el HDD. También suele darse la orden al equipo de que no realicen por los pacientes aquellas cosas que puede realizar ellos por si solos.
- Seguridad. Los pacientes refieren que el HDD les provee sentimiento de seguridad dentro y fuera del mismo. También les provee protección respecto de ellos mismos, ayudándoles a reconocer signos de advertencia relacionados con una posible descompensación o pérdida de control. Esto les permite buscar y requerir que otro lo cuide o ayude en ese momento.
- Culminación exitosa. Los clínicos creen que más allá de que un paciente durante su tratamiento no haya tenido muchas mejoras, el hecho de culminar el tratamiento resulta ser, de por sí, terapéutico ya que es considerado como un logro.

Según Hoge et al. (1988), lo más grandioso de esta modalidad es que permite proveer al usuario seguridad y estructura, al mismo tiempo que promueve la responsabilidad y autonomía en el paciente. Esto podría ser la causa de la efectividad particular de este tipo de dispositivos en ciertas patologías psiquiátricas.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. Tipo de estudio

Estudio de caso. Descriptivo.

## 5.2. Participante

En el desarrollo del presente trabajo se ha descrito el caso de un sujeto en particular, al cual hemos llamado "G". La misma fue paciente del HDD elegido. El diagnóstico sobre el cual se trabajó con esta persona, según la historia clínica, fue trastorno bipolar con varios años de evolución. El mismo no aclara de qué tipo de bipolaridad se trata.

G es una mujer caucásica, separada, desempleada, de 53 años. Tiene dos hijos no convivientes con ella, a los cuales ha estado viendo en la semana bajo custodia, debido a su enfermedad, por la cual ha tenido que ser internada con anterioridad, y a un difícil vínculo con el marido. El mismo poseía, hasta ese momento, una orden de restricción con respecto a G y a sus hijos, por una denuncia realizada por la paciente a causa de comportamientos violentos para con ellos.

G concurrió al turno mañana del HDD, luego de una internación que duró tres semanas por un episodio mixto. La misma concurrió a la institución tres veces por semana, durante los cuales participó de las actividades que en esos días se realizaban, además de haber participado en la terapia de grupo .

## 5.3. Instrumentos

Para el desarrollo del estudio han sido utilizadas tanto técnicas de investigación cuantitativas, tales como las escalas, así como técnicas cualitativas.

Dentro de las técnicas cualitativas, se utilizó la observación participante y notas derivadas de ésta que han sido relevantes para el estudio del caso de G en particular. El haber sido observador participante en el día a día del dispositivo, permitió poder acceder a situaciones cotidianas y espontáneas, además de ver la dinámica del grupo y de cuál es el rol y el grado de participación de la paciente en los diferentes espacios.

Siguiendo dentro de las técnicas cualitativas se realizó una entrevista semidirigida a G, teniendo en cuenta no solo los objetivos del presente estudio sino también, los parámetros expuestos en Kaplan y Sadock (2009) respecto de la historia psiquiátrica (síntomas principales, historia de la enfermedad actual, antecedentes médicos y psiquiátricos, historia y antecedentes familiares), su historia personal, su historia laboral, su actividad social anterior al tratamiento y actual, la sensación subjetiva respecto de su estado de salud al momento del ingreso y actual, diferencias y aportes recibidos por el tratamiento actual respecto de los anteriores.

También se le realizó una entrevista a los terapeutas de la terapia de grupo a la cual concurrió desde su ingreso a la institución. En las preguntas se realizó hincapié en quién había derivado,

el estado de la paciente al momento del ingreso, cómo fue el proceso de toma de decisión terapéutica (tipo de intervenciones, espacios y días asignados dentro del HDD, etcétera), el estado de la paciente al momento de realizada la entrevista y el pronóstico de la misma.

Dentro de las entrevistas se incluyó la opinión de dos de los profesionales que coordinan los talleres a los cuales asistió la paciente desde su inicio de tratamiento en el HDD. Entre sus comentarios, también se les preguntó acerca del estado de G al momento del ingreso y al momento de la entrevista, cual había sido su evolución dentro del espacio, su participación, grado de cooperación y solidaridad para con el grupo, y el grado de aceptación de las actividades propuestas.

Dada la política de la institución en la cual se realizó el seguimiento del caso, se tuvo acceso a la historia clínica de la paciente, la cual significó una herramienta mas de investigación, tanto para corroborar lo dicho por la paciente como para poder formar una línea del tiempo en base a las internaciones y los tratamientos recibidos anteriormente.

Dentro de las técnicas cuantitativas, fue utilizada la escala SCL-90-R. La misma se utiliza para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos, pudiendo ser usada tanto en el diagnóstico clínico como en labores comunitarias (Avedaño Bravo & Gempp Fuentealba, 2008). Consta de 90 ítems que se responden sobre la base de una escala de puntos entre 0 y 4. Los mismos son evaluados e interpretados en función de nueve dimensiones primarias (somatizaciones; obsesiones y compulsiones; sensibilidad interpersonal; depresión; ansiedad; hostilidad; ansiedad fóbica; ideación paranoide) y tres índices globales de malestar psicológico (índice global de severidad; índice positivo de malestar; total de síntomas positivos).

Otra de las técnicas cuantitativas usadas, fue la escala de Malestar Psicológico Kessler-10, la cual es un instrumento utilizado para medir el posible riesgo de padecer malestar psicológico inespecífico, relacionados con síntomas vinculados a la depresión y la ansiedad, dentro del último mes. Esta escala es breve y puede ser usada en encuestas. La misma está formada por 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, cuyo rango de puntuaciones oscila entre los 10 y los 50 puntos (Aranguren & Brenlla, 2010).

El fin de haber utilizado ambas técnicas, o sea, cualitativas y cuantitativas, fue poder entrecruzar la información obtenida de estos dos tipos de herramientas para así, recopilar mayor cantidad de datos. Así, los resultados provenientes de las técnicas cuantitativas permitieron medir la eficacia del tratamiento respecto de la remisión sintomática, la mejoría funcional así como el alivio del malestar psicológico del paciente. Y en relación a los datos

cualitativos se pudo tener una visión del usuario acerca de su satisfacción, su percepción de cambio o sensación de recuperación, junto con la visión de los profesionales que tratan con G en los diferentes espacios (Agrest et al., 2011).

#### 5.4.Procedimiento

La recopilación de datos para el trabajo fue realizada a través de la observación directa de la paciente a partir de la asistencia diaria a la institución, en el turno de la mañana, durante cuatro meses . En ese tiempo se tomaron notas acerca de las observaciones pertinentes, comentarios oportunos de la paciente o de sus compañeros del HDD. También se estuvo en alerta para captar posibles intervenciones no programadas (InP) que hayan podido realizarse por parte de los profesionales (Para saber mas acerca de la InP remitirse a la explicación detallada en el anexo).

Para profundizar en el caso de G y de cómo este tipo de dispositivo ayudó a su persona, se ha llevado a cabo una entrevista con ella, una con sus terapeutas de grupo dentro de la institución y dos entrevistas a cada uno de los otros profesionales que trabajan con ella en los talleres (terapeuta ocupacional y profesora de teatro). Las mismas fueron desgravadas para poder analizar en detalle las respuestas. El resultado de cada una de las entrevistas pudo enriquecerse gracias a los datos obtenidos de la historia clínica de la paciente, de la cual se han relevado los datos que se creyeron pertinentes para el estudio.

Dado que el HDD cuenta con la administración de escalas a sus pacientes al momento de la admisión, entre ellas la SCL-90-R, se ha tomado una nueva evaluación de la misma pasados los cinco meses de su ingreso, con el fin de evaluar cómo ha evolucionado la sintomatología de G durante su tratamiento allí, constituyendo este, uno de los objetivos del estudio.

El resultado de la escala de malestar psicológico Kessler-10 fue extraído directamente de la historia clínica de la paciente.

Tanto el resultado de la escala Kessler-10, como el de la primera toma de la escala SCL-90-R, y la tomada a los cinco meses de iniciado el tratamiento de G con el fin de comparar ambas tomas, han sido interpretados por quien realiza el presente trabajo a partir de los baremos correspondientes.

## 6. RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos para la realización del presente trabajo, pudo verse que para el caso de G el dispositivo HDD, concebido como una comunidad terapéutica, tuvo un rol muy importante en el proceso de recuperación de la misma. Si bien aún no culminó su tratamiento, se observaron cambios en su estado de ánimo, su modalidad vincular, su postura frente a su enfermedad y en su adherencia al tratamiento.

#### 6.1. Objetivo 1. Descripción de los tipos de tratamientos anteriores recibidos por la paciente.

Gracias a la información recabada sobre la historia psiquiátrica de G a partir de su historia clínica y su entrevista, pudo realizarse un intento de reconstrucción de los tratamientos realizados por la paciente, anteriores .

De acuerdo con lo explicado por Adams et al. (2009), la paciente G tuvo sus síntomas de advertencia temprana en la preadolescencia asociados, en ese momento, al tratamiento con anfetaminas que realizó para bajar de peso. Su primera manifestación fue, según sus dichos, sensación de estar “alterada”, por lo que su endocrinóloga le indicó una consulta psicológica.

En el caso de G, se la diagnosticó en los primeros años de su atención psiquiátrica, debido a que sus manifestaciones de la enfermedad eran a partir de episodios mixtos. Esto está en relación con lo expuesto por Kaplan y Sadock (2009) sobre que esta es la forma más habitual de un episodio maníaco en mujeres. Sin embargo, el diagnóstico temprano que recibió esta paciente contradice lo expresado por Adams et al. (2009) sobre el diagnóstico comúnmente erróneo de la bipolaridad. Generalmente suele confundirse, en principio, con depresión unipolar hasta que no se da el primer episodio de manía o hipomanía.

En el momento en que se diagnostica a G, durante la escuela secundaria, utilizan la clasificación de Kraepelin bajo el nombre de psicosis maníaco depresiva (Kaplan & Sadock, 2009). La misma ya no existe en una de las clasificaciones actualmente, quizás, mas usada dentro de la comunidad de la salud mental, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión revisada (American Psychiatric Association, 2002).

Respecto de las experiencias de tratamientos en la paciente G, existe una especie de vacío de criterios y de continuidad, tanto de ella como del círculo familiar, lo cual queda reflejado en los datos recabados.

En su historia clínica y en su discurso, aparecen tratamientos psiquiátricos en el comienzo de su enfermedad, a cargo del psiquiatra de su madre, con el que, a diferencia de lo dicho por Kaplan y Sadock (2009), sólo realizaba tratamiento farmacológico, en vez de una combinación entre

esto y psicoterapia. Ya en la adultez temprana G lo abandona y comienza con terapia psicoanalítica y con la participación en grupos de terapia intensivos donde realizaban jornadas de cuarenta y ocho horas. En este periodo de tiempo, que si bien no sabe precisar la edad, remite haber tenido episodios de manía y depresión. Podría pensarse que los profesionales que la han tratado a lo largo de su vida no han podido aplicar lo que Adams et al. (2009) llamó RELATION, pudiendo así procurarle el logro de cierta recuperación, retardando las recidivas. Tampoco hubo, de parte de ella, adherencia a los tratamientos, ya que remite no haber tenido continuidad psiquiátrica ni psicológica.

Las internaciones en el caso de G, se dieron en diferentes momentos de su vida y en diferentes contextos, si bien, ella relaciona el comienzo de éstas con la relación conflictiva con su ex marido. Esto tendría que ver con lo que Kaplan y Sadock (2009), llaman situaciones vitales estresantes, las cuales pueden ser un factor desequilibrante en la salud de la persona que padece trastorno bipolar. Sumado a esto, las experiencias que ha tenido G en cada una de sus internaciones fueron muy variadas. La primera, fue indicada debido a un episodio mixto, el cual ella llamó "estado de aceleración". La misma fue indicada por un psiquiatra, con el cual estaba haciendo tratamiento pero sin medicación, según lo expresado por G. Allí pasó dos días, los cuales no recuerda muy bien pero fue retirada del lugar por su madre ya que no quería estar en ese sitio. El único tratamiento que se le brindó allí fue farmacológico. La experiencia de su primera internación resultó ser desagradable debido al fuerte grado de medicación suministrado al momento del ingreso, el cual comenta en su relato como una "pichicata".

El modo en como este episodio estaba afectando a la paciente o a sus convivientes no fueron indicados ni en la historia clínica ni en la entrevista ya que parece no haber conciencia por parte de ella de este momento. Esta fragmentación o imposibilidad de captar lo que está pasando alrededor del enfermo es de la que habla Grimson (1983) como uno de los aspectos fundamentales a restaurar en este tipo de patología.

También, de acuerdo a como reaccionó su madre a su pedido, podría pensarse que su red de apoyo parecía funcionar ya que pudo recurrir a ella para que la externara de forma casi inmediata (Kaplan y Sadock, 2009).

Entre otras internaciones en las cuales refiere no haber recibido un adecuado y controlado tratamiento farmacológico, ni una atención psicoterapéutica con objetivos claramente planteados, G destaca los días en que pasó internada en el Hospital M, debido a un episodio de desorganización maníaca. Esos días los recuerda como los "peores once días de su vida". De acuerdo con lo dicho por la paciente, allí pudo encontrarse con lo que Grimson (1983)

denominó como institucionalización del enfermo. La atención psicológica, para ella, fue inexistente, y estuvo encerrada allí, cuestión que podría aludir al concepto de institución total (Grimson, 1983), sin que se le permita concurrir, prácticamente, a ninguna actividad, no recibiendo ningún tipo de cuidados y atención.

Luego de la experiencia del hospital M, G comienza un tratamiento psicológico y psiquiátrico en el hospital A, el cual reconoció como “válido”.

A partir de su internación en el M, la paciente dice haber realizado tratamiento psicológico y psiquiátrico continuado. Pero siete años más tarde tiene una descompensación anímica y es internada en la clínica durante un mes y medio. G, en su relato, parece describir un cuadro muy similar a lo que la American Psychiatric Association (2002) denominaría como episodio mixto.

Esta última internación, de acuerdo con lo dicho por la paciente, fue su primer acercamiento a una institución similar a lo que Grimson (1983) llamó como abierta, ya que dice haber realizado tareas similares a las que lleva a cabo actualmente en Proyecto Suma y, debido a que calificó su experiencia como agradable, se acercaría aún más a la concepción comunitaria referida en los estudios realizados por Larivière et al. (2010).

Una vez externada de la clínica, su hermano junto a una institución que la paciente frecuentaba, deciden conseguirle una entrevista para que ésta considere la posibilidad de iniciar un tratamiento más intensivo que el ambulatorio sin necesidad de una internación completa, con los beneficios que esto conlleva (Agrest et al., 2011). El Hospital de día elegido fue en el que realicé la pasantía, el cual basa sus fundamentos en la concepción de comunidad terapéutica desarrollada por Jones (1965).

6.2. Objetivo 2. Descripción de las modalidades de abordaje terapéutico indicados para el tratamiento de G .

De acuerdo a lo referido en la historia clínica de G, la misma comenzó derivada por su psiquiatra, hasta ese momento, y una institución con la cual, a veces trabajaba. Esta suele ser una de las formas de llegar a un tratamiento comunitario según Rodríguez (1965). Al principio se mostró reticente a concurrir al dispositivo ya que decía quedarse “muy pegada” a los problemas de los demás.

Los profesionales que evaluaron su ingreso posiblemente hayan tenido en cuenta algunos de los puntos a evaluar en un paciente al momento de determinar la estrategia de abordaje en el

tratamiento mencionados por Adams et al. (2009). Así, determinaron que G poseía dificultades para sostener vínculos y actividades, existía en ella una resistencia de elaboración respecto de su pasado y sus experiencias, también necesitaba contención, un lugar donde se la estimule, ya que presentaba desgano constante respecto de todo, y además, era imperioso mejorar su problema vincular. Todas estas cuestiones son puntos fundamentales a trabajar en un HDD con basamento comunitario (Agrest et al., 2011; Grimson, 1983; Jones, 1956; Larivière et al., 2010; Rodrigué, 1965).

Cuando G ingresó estaba medicada con Clonazepam (5 mg por día), Quetiapina (600 mg por día), Risperidona (1,5 mg por día), Ácido valproico (1750 mg por día) y Prometazina (50 mg por día). No existía registro en la historia clínica de la paciente respecto de cuál sería el abordaje farmacológico que se le daría en la institución, por lo tanto no podría precisarse si se realizó alguna modificación en la ingesta medicamentosa diaria de la misma. La medicación es uno de los pilares fundamentales en los tratamientos del trastorno bipolar (Adams et al., 2009; Kaplan y Sadock, 2009).

Se le indicó la concurrencia tres veces por semana, recomendando que asista a la psicoterapia de grupo llevada a cabo en dos de esos días. Como dijeron Hoge et al. (1988), la misma es capaz de fomentar el contacto interpersonal, generar en el paciente sensación de universalidad, altruismo. También puede ser un espacio controlado de expresión de sus sentimientos así como puede recibir el feedback constante por parte de sus compañeros de terapia permitiéndole aprender de ellos, poder brindar su experiencia a otros y demás cuestiones que puedan darse en cada sesión. Se plantearon varios objetivos fundamentales a lograr en este espacio para con G. Uno de ellos fue lograr la implicación de la misma en su discurso, el cual estaba lleno de contradicciones. Otro fue que pudiera adoptar una actitud menos crítica en relación a los otros. También se planteó la idea de comenzar a trabajar la idea de responsabilidad y que pueda registrar las consecuencias de circunstancias que, en ese momento, dependían de ella (como su relación con el ex marido, las cuestiones relacionadas con la tenencia de los hijos, etcétera).

Además de la terapia de grupo, concurriría a los desayunos temáticos y a los talleres. Estos espacios, según Jones (1956) serán los que permitirán conocer al paciente de una manera más integral y arribar a lo que Grimson (1983) llamaba como diagnóstico clínico-social. Los mismos también reforzarían los objetivos propuestos al momento de la admisión ya que se darían en un ambiente colectivo, de cooperación y participación tal como mencionaba Rodrigué sobre los principios de una comunidad terapéutica. Así se intentaría lograr con G resultados similares a

los descriptos por Larivière et al. (2010) sobre las experiencias de pacientes que habían concurrido a HDD comunitarios.

Dentro del dispositivo, también G podía acceder a encuentros individuales con los psicólogos coordinadores del turno en el que concurría. Estos momentos le permitían hablar de urgencias o sobrellevar de mejor manera momentos de angustia, por ejemplo, respecto de noticias que recibía sobre la situación judicial que se estaba dando con sus hijos y su ex marido. También complementaba su tratamiento por fuera del HDD con terapia individual que realizaba dos veces al mes, y veía al psiquiatra que le manejaba la medicación al momento del ingreso a la institución una vez al mes. Esto estaría en relación con lo dicho por Adams et al. (2009) sobre la comprobada eficacia de las terapias psicológicas como complemento del abordaje farmacológico. Quizás la escasa concurrencia mensual de la paciente a terapia y al psiquiatra por cuestiones económicas, pueda ser compensada por la asistencia de tres veces a la semana al HDD donde también puede acudir, además de a la terapia de grupo, a profesionales de la salud mental.

6.3. Objetivo 3. Análisis de la evolución sintomatológica de la paciente G durante el tratamiento comunitario.

Respecto de la evolución sintomatológica de G dentro del tratamiento en el dispositivo comunitario, podría decirse que ha habido avances no solo a nivel de los síntomas sino también en cuestiones vinculares y respecto de su desganado frente a diferentes situaciones. Estos resultados pueden apreciarse a partir del análisis de los datos obtenidos de la historia clínica de la paciente, las escalas cuantitativas tomadas a la misma y de instrumentos cualitativos, como fueron las entrevistas con los profesionales.

Al momento del ingreso, se le toma a G, entre otras escalas, la Kessler-10, la cual midió, en esa fecha, un puntaje de 36, indicando un severo grado de malestar psicológico, con síntomas relacionados a la depresión y la ansiedad, muy típicos en los casos de bipolaridad (Adams et al., 2009). Estos resultados estarían en concordancia con los arrojados por la escala SCL-90-R, la cual indicó la presencia de ambos síntomas con un puntaje de 70 para depresión y 63 para ansiedad. La misma, además, agregó síntomas de psicosis, con 63 puntos y un índice de malestar sintomático positivo de 63 puntos. Teniendo en cuenta los resultados de ambas escalas, estaríamos ante lo que la American Psychiatric Association (2002) dice sobre los

episodios mixtos de depresión y manía. La combinación de síntomas ansiógenos, depresivos y de psicotismo, suelen presentarse en estos casos.

Al inicio se mostró con cierta reticencia al tratamiento, lo que la llevó a concurrir con irregularidad al HDD. Refería tener dificultades para salir de su casa y alegaba tener falta de motivación. Estos suelen ser síntomas muy comunes asociados a episodios de depresión (American Psychiatric Association, 2002). También son puntos fundamentales a tratar dentro de un dispositivo comunitario para poder revertirlos (Grimson, 1983).

En la segunda semana se incorporó más activamente y parecía estar más conectada con sus compañeros, teniendo que ver, quizás con lo que Jones (1956) decía acerca del lugar desde donde se debe posicionar el paciente que decide formar parte de una comunidad terapéutica.

Pasado su primer mes, se realiza una entrevista familiar con ella y sus hermanos y se habla acerca de los objetivos de tratamiento. Esto relacionado con el importante lugar que se le da a la familia y el entorno respecto de la recuperación del enfermo así como con la libre circulación de información entre pacientes y profesionales, como menciona Grimson (1983) en una de las características que distingue a este tipo de dispositivos de las instituciones cerradas. A la vez, haber citado a sus hermanos pone en juego un factor terapéutico mencionado por Hoge et al. (1988) que es la movilización del soporte familiar.

En relación con las características mencionadas por Agrest et al. (2011) respecto de la recuperación del paciente psiquiátrico, los profesionales, con el acuerdo de la paciente, comienzan a delinear objetivos relacionados con tomar responsabilidades por fuera (tema hijos, convivencia, trabajo). Esto también tendría que ver con lo que los autores Kroon y Weeghel (2004) dicen acerca de implicar al usuario del servicio en la planificación y definición de los objetivos, además de proveerle de herramientas y un lugar donde pueda acudir para afianzar su confianza.

Respecto de la terapia de grupo, G ingresa a ella después del primer mes de iniciado el tratamiento. Esto se debió a la irregularidad en su asistencia al comienzo, sumado a las cuestiones administrativas, como son la toma de escalas, entrevistas, etcétera, y además, por cuestiones de cuidado que tiene la institución para con el resto de los pacientes que concurren a los grupos psicoterapéuticos. Los beneficios de la terapia de grupo, entre otros mencionados por los autores Hoge et al. (1988), es según Grimson (1983) que le permite a la persona recuperarse a la vez que participa y ayuda en la recuperación del otro.

Para evaluar la evolución sintomatológica, o mejor dicho, el grado de recuperación de G, podrían tomarse como criterios los puntos mencionados por Agrest et al. (2010). Con respecto a la carga sintomática, puede hablarse desde un aspecto cuantitativo, el cual fue obtenido por la toma de la escala SCL-90-R en dos oportunidades distantes en el tiempo; y desde la opinión de los profesionales que la asistieron durante su tratamiento.

Los resultados de la primera toma de la escala, mostraban que la paciente, al momento del ingreso al HDD, se encontraba con una exacerbada presencia de sintomatología depresiva, junto con síntomas típicos de ansiedad y psicotismo. Esto, en concordancia con lo dicho por Adams et al. (2009) sobre que los síntomas de ansiedad suelen tener comorbilidad con los trastornos bipolares. En la segunda toma de la SCL-90-R, las presencias sintomatológicas que aparecían como riesgosas en la primera, cinco meses antes, habían bajado a un resultado tolerable y fuera de riesgo para el paciente. El puntaje de depresión, de 70 puntos disminuyó a 50, la ansiedad, de 63 se fue a 40, los síntomas de psicotismo bajaron de 63 a 45, junto con el índice de malestar sintomático positivo que de tener un puntaje de 63 pasó a estar en los 42 puntos. A continuación, se presenta de manera grafica, la comparación entre la primera y la segunda toma de la escala SCL-90-R a la paciente G. los resultados se hallan en la tabla contenida en el punto 9.4. del anexo.

En las evoluciones de la historia clínica realizadas por los profesionales y en las entrevistas que se tuvo con los talleristas, pudo verse que, si bien comenzó su tratamiento con desgano y dificultades, la paciente fue logrando implicarse de manera activa en cada uno de los espacio así como fue adoptando diferentes lugares en cada uno de ellos. Por ejemplo en la terapia de grupo, teniendo en cuenta que ella es psicóloga, no pudo, en principio, correrse de ese lugar de “supuesto saber”, de quién realiza las preguntas, a la vez que aquellos pacientes que más dificultades poseían con la apertura al tratamiento, también, le concedían ese lugar. Con el tiempo, según lo referido por los terapeutas del grupo, es que ella pudo reconocer esto y reflexionar sobre el lugar improductivo donde la dejaba, por lo que pudo abandonar ese lugar de “terapeuta” en el que sola se había ubicado. Así, se posicionó como par dentro del grupo de pacientes, pudiendo acceder a la universalidad quizás de la que hablan Hoge et al. (1988).

Para el caso de teatro, la profesora P dijo que desde un principio pudo involucrarse con las actividades propuestas, pero que a veces parecía que fuera más desde el lado de la responsabilidad, más que desde el placer de hacerlo. Es por esto que desde la participación, P no nota cambios. Sin embargo menciona que de a poco la fue notando más sonriente, más expresiva, así como también, notó que pudo llegar a expresar mejor qué cosas quería hacer y

cuales no le gustaban tanto. Esto podría estar relacionado con lo que Larivière et al. (2010) menciona acerca del incremento de la autoestima en pacientes que habían pasado por un HDD. También, dentro de este espacio, G mostró mucho interés por integrar a los pacientes nuevos y por hacerlos sentir cómodo. Así, dentro de esta actividad puede verse como se manifiestan factores terapéuticos mencionados por Hoge et al. (1988), tales como la estructura, por ser una actividad programada, el contacto interpersonal, el altruismo, visto en los esfuerzos de G por integrar al otro. También la posibilidad de catarsis que permite la interpretación teatral, el aprendizaje y el feedback que posibilita el espacio.

Dentro del espacio de terapia ocupacional, a pesar de concurrir una vez a la semana al mismo, el licenciado J pudo comentar que el comienzo de G fue muy enérgico, queriéndose implicar en cada una de las actividades que se proponían, pero que luego esto se modificó fuertemente. En este taller pasó lo mismo que en terapia de grupo. La paciente se presentaba como psicóloga, como del lado del saber, para de a poco, con el tiempo, ir corriéndose de ese lugar. Para J, este movimiento fue una actitud muy inteligente ya que le permitió integrarse más al grupo, logrando así alcanzar un factor terapéutico denominado como universalidad, como se dijo en el espacio de terapia de grupo, junto con el logro del contacto interpersonal desde un lugar de par (Hoge et al., 1988).

Otro de los indicadores mencionados por Agrest et al. (2010) es la calidad de vida, el cual dejaremos para el siguiente objetivo ya que se refiere a la percepción subjetiva de bienestar del paciente.

Respecto de la funcionalidad de G (Agrest et al., 2010), podría decirse que al comienzo del tratamiento se hallaba fuertemente desorganizada. Había perdido la custodia de sus hijos, comenzó una denuncia por violencia hacia su esposo, motivo que dio comienzo a una fuerte y complicada actividad judicial. También se encontraba sin empleo, dependiendo económicamente de su hermano.

Hasta el momento de terminada la pasantía, las evoluciones de la paciente en la historia clínica realizada por los profesionales de suma, indicaban que G se estaba ocupando de las cuestiones judiciales respecto de sus hijos. La misma refería estar organizada y bien asesorada respecto de este tema. Sin embargo en su discurso de la terapia de grupo, se veían ciertas incongruencias. Por ejemplo, comenta tener comunicaciones con su ex marido, alegando que son necesarias para el bien de sus hijos; sin embargo sabe que esto complica el proceso legal para poder

obtener la tenencia de ellos, debido a la orden de restricción que se generó con la denuncia realizada por ella. Se puede sumar a esto, lo que los terapeutas del grupo decían sobre su pobre capacidad de elaborar y entender las consecuencias de sus actos, ya que realizaba cosas que la perjudicaban, pero ella siempre encontraba a alguien más para hacerlo cargo. Pasados, mas o menos, cuatro meses de su tratamiento, pudo comenzar a abandonar esta actitud crítica para con los demás, pero parecería que aun le cuesta ajustarse a ciertas leyes que debería cumplir. En lo laboral, si bien continuaba dependiendo de su hermano económicamente, se mostraban indicios de estar interesada por conseguir trabajo dentro de la actividad que realizaba antes de la internación. A la vez que se movilizó para actualizar su curriculum y poder mandarlo a la institución de donde, a veces, le derivaban gente (G es acompañante gerontológica).

De acuerdo al indicador que Agrest et al. (2010) menciona como experiencia y narración de la misma, puede apreciarse en el caso de G, cuando comienza a posicionarse en la terapia de grupo, ya no desde el lugar de "terapeuta" sino como paciente, pudiendo hablar de sus cosas con mayor grado de implicación y elaboración en sus relatos. Es necesario que se pueda alcanzar esta capacidad en la ella ya que se muestra algo perdida en el tiempo respecto de su historia. Sumado a esto, los profesionales tampoco notaron al momento de la admisión que hubiese conciencia de enfermedad y de cierta responsabilidad respecto de su situación actual.

6.4.Objetivo 4. Descripción de la autopercepción psicológica de la paciente respecto de la evolución de sus síntomas.

Para el presente objetivo, podría tenerse en cuenta el indicador calidad de vida mencionado por Agrest et al. (2011), el cual no fue usado en el punto anterior, ya que remite a la percepción subjetiva del paciente.

Si bien la paciente refiere que el único HDD que conoció fue el elegido, dentro de su estadía en un tratamiento anterior dijo haber realizado actividades similares a las mencionadas por Larivière et al. (2010) como terapéuticas.

Al comienzo, G dice que no quería concurrir, que su hermano la traía llorando. Pero actualmente le agradece ya que dice estar "chocha".

Antes de comenzar el tratamiento comunitario y de ser internada, refería sentirse desbordada, que "copaba" cada espacio o persona que frecuentaba, provocaba peleas. Si estaba en un lugar, al rato necesitaba ir a otro, y demás síntomas similares a los que caracterizan a un episodio mixto según la American Psychiatric Association (2002). Ella dice que sufrió de un

“surménage”, que se desbordó. Es por esto que sus hermanos deciden internarla con consentimiento de ella.

Al salir de la clínica, G refiere haberse sentido muy sola, y que se negaba a contratar a un acompañante terapéutico debido a que, previo a esta última internación, era lo que tenía, y evidentemente, no había funcionado. Esto puede relacionarse con los puntos que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar una técnica de abordaje de tratamiento, mencionados por Adams et al. (2009). El contexto situacional de la paciente no era muy favorable, volviéndola vulnerable a posibles recaídas (Kaplan & Sadock, 2009). Por lo que, en conjunto con un psiquiatra, sus hermanos y una institución que la paciente frecuentaba, contemplan la posibilidad de que comience un tratamiento comunitario, en el cual se le brindaría, además de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, una atención más intensiva que en un ambulatorio y le proporcionaría mayor contención y estimulación, frente a los síntomas que tenía la G en ese momento (Larivière et al., 2009).

En su relato acerca de cómo la ayudó este dispositivo, destacó como importantísima la contención que recibió, junto con el nivel de profesionalismo de las personas que la trataron. Estas características fueron mencionadas como importantes en la recuperación por pacientes que habían concurrido alguna vez en su vida a un HDD estudiados por Larivière et al. (2010). A la vez, reconoce, que fue muy importante que ella pudiera poner mucho de sí misma para recuperarse, haciendo alusión, quizás inconscientemente a la autodeterminación de la cual hablaron Agrest et al. (2011).

Otro de los beneficios que plantea es que le permitió “conectarse”, término que asocia con el haberse dejado de sentir deprimida y alterada. Esto podría entenderse como que la paciente cuando se sentía de esta manera no se reconocía así misma. Aquí se pondrían en juego resultados similares a los obtenidos por Larivière et al: (2010) acerca de cómo la experiencia de haber concurrido a un HDD podría ayudar no solo a su sintomatología, sino también a mejorar la relación consigo mismo.

Un punto que cabe destacar es que G parece haber entendido, de acuerdo a sus palabras, que nunca más dejará un tratamiento psicológico ni farmacológico, ya que entendió que, como el hipotiroidismo, la bipolaridad es crónica en ella. Este relato podría asociarse a lo dicho por Hoge et al. (1988) respecto de cómo un HDD comunitario podría promover en el paciente, responsabilidad y autonomía sobre sí mismo, junto con el importante lugar que le otorgan a la medicación entendiéndola como medio que les permitió llegar a realizar esas “otras cosas” que

lo llevaron a estar mejor. Otra de las cosas que puede sobrentenderse, tiene que ver con lo que el mismo autor llama como culminación exitosa, dentro de los factores terapéuticos.

## 7. DISCUSIÓN

Mediante el presente trabajo, se describió de qué manera una comunidad terapéutica podría ayudar en la recuperación de una persona que padece trastorno bipolar. También se indagó acerca de cuales habían sido los tratamientos anteriores recibidos por la paciente y qué le pudo haber aportado la modalidad comunitaria de diferente con respecto a otras formas más convencionales de abordaje terapéutico de la enfermedad.

El haber sido observadora participante dentro del dispositivo comunitario al cual concurrió la paciente del caso en cuestión, permitió ver la dinámica del lugar, los cambios diarios de G, su manera de vincularse con los profesionales y con sus pares, a la vez que permitió vivir y compartir los espacios a los que asistía, excepto la terapia de grupo, por motivos de preservación de la intimidad de los pacientes.

La posibilidad de haber participado en una comunidad terapéutica y seguir el caso de G en particular, permitió concluir que este tipo de dispositivos podrían ser muy eficaces para pacientes con dificultades socio-vinculares, con signos de abulia y apatía, y también para aquellos que han sido recientemente dados de alta de una internación.

Una de las cosas más destacables del estudio es que, además de haber contado con pruebas cuantitativas que demostraron la mejoría de la paciente, se estuvo presente en el día a día del tratamiento pudiendo observar diferentes cambios en G, más allá de lo que pudieran llegar a medir las escalas. Esto da una visión más rica al estudio y más detallada.

La paciente del presente estudio, es una persona que padece trastorno bipolar desde ya hace unos treinta y cinco años, en los cuales ha recibido varios tipos de tratamientos discontinuos, los que la han llevado a constantes recaídas y desajustes en su estado de ánimo.

Si bien G, al momento de finalizada la pasantía no había sido dada de alta del HHD, esta es su primera experiencia en una comunidad terapéutica por lo que esta modalidad resulta una novedad en su historial clínico.

La recuperación, dentro de un dispositivo comunitario, es considerada de una forma más global. El mismo tendrá en cuenta, no solo la remisión sintomática sino también la rehabilitación del sujeto desde una perspectiva social, laboral y funcional (Agest et al., 2011; Kroon & Weeghel, 2004). Para el caso de G, estos fueron pilares que se volvieron

indispensables dentro de los objetivos a alcanzar en su tratamiento, por lo que la comunidad terapéutica resultó ser el abordaje mas completo y acorde a ellos (Agrest & Druetta, 2011).

Una vez analizado los datos que se recabaron para el estudio pudo verse que coincidían con los resultados de las investigaciones realizadas por Agrest y Druetta (2011), Agrest et al. (2011), Larivière et al. (2009), Larivière et al. (2010), y Hoge et al. (1988). Las mismas hablan acerca de cómo una comunidad terapéutica puede ser un tratamiento alternativo a la internación completa, permitiendo al paciente recuperarse, no solo de su enfermedad sino también, desde otros aspectos fundamentales, como son lo social, lo laboral y demás cuestiones que suelen verse afectadas por ciertas patologías.

Dada la información contenida en la teoría, la comunidad terapéutica resultaría ser un tratamiento que, además de ser eficaz para ciertos trastornos psicopatológicos, sería de menor costo en relación a los de una internación completa (Horvitz-Lennon, 2001). Entonces, cabría aquí la pregunta de por qué no es una modalidad muy difundida ni contenida en la currículas universitarias de la Argentina.

Mas allá de la singularidad del presente trabajo, pudo verse que la paciente logró mejorar varios aspectos que eran objetivos a tratar, y, a su vez, pudo entender la importancia que tiene cumplir con el tratamiento, comprometerse con el mismo y poder llegar a terminarlo exitosamente. Todos estos son factores terapéuticos que surgieron de la investigación realizada por Hoge et al. (1988). Sin embargo, a diferencia de lo dicho por Adams et al. (2009), en el HDD no refirieron haberla tratado con algunas de las terapias que se mencionan como mas estudiadas y adecuadas para la bipolaridad.

También pudo verse que el caso de esta paciente coincide con lo expresado por Larivière et al. (2010) acerca de los tipos de patologías mas beneficiadas en los HDD con enfoque comunitario así como el tipo de asistencia que debe proveerle este tipo de dispositivos (Larivière, 2009).

A su vez, Hoge et al. (1988) refirió la necesidad de fomentar la autonomía en los pacientes. Este punto, si bien se lo estuvo estimulando en la paciente desde el tratamiento, hasta el momento de culminada la pasantía, la misma no había logrado conseguir trabajo. Este era un tema fundamental referido por ella ya que dependía económicamente de su hermano y esto le significaba cierta mortificación. Así, la situación laboral de un paciente también resultaría fundamental a la hora de pensar en la recuperación del mismo, ya que parecería que no podría lograrse esto sólo con asistencia psicológica y farmacológica, tal como indican Kaplan y Sadock (2009) respecto de un tratamiento exitoso.

A pesar de lo dicho por Horvitz-Lennon (2001) acerca de la falta de evidencia sobre la mayor o menor eficacia de un dispositivo como Proyecto Suma por sobre uno convencional, pudo verse que la paciente refiere estar muy satisfecha con su tratamiento allí. En relación con la experiencia subjetiva de G, las escalas cuantitativas tomadas a la misma también indican mejorías sintomatológicas.

Si bien en el caso de G pueden apreciarse tanto mejoras visibles objetivamente como las referidas subjetivamente por ella, una limitación del presente estudio reside en que se trata de un caso único, por lo que sus resultados no podrían ser generalizables a todas las demás personas con igual diagnóstico. Así, quedaría abierta la posibilidad a realizar, en alguna otra posible pasantía dentro de la institución, un estudio que pueda incluir a la totalidad de la población de alguno de los turnos del HDD o de ambos. Al contar con una muestra numerosa, los resultados podrían llegar a tener mayor rigor científico, y por lo tanto, mayor posibilidad de ser generalizables.

Otras de las dificultades que surgieron durante el estudio fue la elección del caso. En principio se había pensado en la realización de un trabajo que incluyera todos los pacientes del turno mañana. Debido a las diferentes variables que se presentaban (asistencia, tipos de patología, años de tratamientos, edad de los pacientes, sexo) y a la dificultad de establecer criterios para ajustarlas a ellos, se decidió hacer caso único. A su vez, se suma a esto, la falta de experiencia de quien llevó a cabo la investigación. La dificultad de definir criterios para la elección de la posible muestra, en principio, del presente estudio también se dio en el trabajo comparativo que realizaron Horvitz-Lennon (2001), donde se creyó que las similitudes de los resultados logrados entre los dispositivos de hospitalización parcial y los de tipo completa, se habían dado por los criterios de exclusión utilizados.

Otra dificultad que se presentó en el momento de la entrevista con la paciente fue su imposibilidad para despegarse del tema de su ex marido. Resultó reiterativa, y en muchos casos fue difícil que respondiera las preguntas que se le habían realizado. Mas allá de haber sido una entrevista semidirigida resultó muy dificultoso acotarla respecto de este tema, siendo que muchas de las cuestiones relatadas por G no hacían a los objetivos del presente estudio. Sin embargo, esto dejaría en evidencia lo que dicen Kaplan y Sadock (2009) acerca de cómo las situaciones vitales pueden llegar a producir recaídas en los personas que sufren de bipolaridad. Adams et al. (2009), menciona este factor, entre otros, como variable a tener en cuenta a la hora de pensar en el tratamiento. Sin embargo, en la publicación del mismo autor, las terapias que mencionan como más estudiadas para este tipo de patologías, solo parecen hacer

centrarse en la remisión sintomática depresiva, sin dar mayores recursos acerca de cómo poder ayudar al paciente a manejar las cuestiones vitales de una manera más saludable.

Si bien se obtuvieron las entrevistas que se creían fundamentales para la elaboración del estudio, como fueron la de la paciente y la de los terapeutas grupales, no se pudo coordinar una con el terapeuta individual del HDD debido a diferentes situaciones que se dieron en el día a día, junto con la mudanza física de la institución que alteró algunas actividades. Esta entrevista fallida no deja de constituir una limitación para el trabajo dado que podría haber sido muy interesante y productivo tener la visión sobre G del terapeuta que tenía charlas con ella, muchas de éstas a demanda, y otras con previa acuerdo. Cabe destacar aquí lo dicho por Kaplan y Sadock (2009) acerca de que la psicoterapia junto con la medicación son fundamentales dentro del tratamiento. De todas maneras, se cree que los resultados a los cuales se arribó en el presente estudio serían satisfactorios.

Es importante pensar a futuro la posibilidad de seguir el estado de salud de la paciente ya que al momento de terminada la pasantía, como se dijo antes, G no había sido dada de alta. En ese posible estudio podría volver a tomársele las escalas, tener una entrevista con ella, una con cada uno de los talleristas que participaron del presente estudio, también con los terapeutas grupales, y se podría incluir, además, la de su terapeuta individual, para ver la evolución completa desde su perspectiva. Lo interesante de estos nuevos resultados sería poder ver cómo la paciente va transitando la experiencia de estar en el HDD, ver el estado de su sintomatología, también la percepción subjetiva de G acerca del estado de su salud, entre otros datos que enriquecerían los resultados. Así, los mismos podrían compararse con los obtenidos en este estudio y evaluar si hubo o no mayor grado de recuperación para esta paciente, tomando como criterios los mencionados por Agrest et al. (2009) en el presente trabajo.

Igual de interesante podría ser realizar un seguimiento de G luego de que ésta sea dada de alta, para ver como continúan sus síntomas, sus relaciones vinculares, si se alarga el tiempo hasta la posible próxima recaída, si continua con las indicaciones psicofarmacológicas y de terapia, todo esto entre otros factores que podrían analizarse una vez que la paciente comience con tratamiento ambulatorio. Es importante destacar el valor que podría tener un estudio de este tipo ya que, en el caso de G, son todos puntos que tuvo que trabajar y que fueron objetivos fundamentales al inicio de su tratamiento. Si pudiera lograrse una estabilidad en G de estos factores, se estarían reforzando los resultados hallados por Larivière et al. (2010) acerca de cómo el grado de recuperación y la sensación de bienestar que se logró dentro del HDD siguen presentes luego de pasados seis meses de haber sido dados de alta.

Para concluir, el tratamiento comunitario, a pesar de ser, quizás, de los menos indicados o con poca difusión académica, al menos desde los resultados arrojados ante la falta de bibliografía escrita en castellano, parecería ser una fuente de resocialización del paciente psiquiátrico. A la vez, permite proveer al mismo de un adecuado abordaje de su enfermedad en un ambiente controlado pero distendido, al cual sólo concurre algunas horas de su día. Gracias a la bibliografía repasada en este trabajo podría interpretarse que estas cualidades parecen darle a la persona que concurre la sensación de comenzar a reacomodar su vida, la cual muchas veces queda fuertemente desorganizada luego de un episodio agudo de la enfermedad, sin descuidar el tratamiento.

Como profesionales de la salud mental, se considera que podría ser sumamente enriquecedor formarse desde esta concepción global acerca de la recuperación del paciente. Ya que muchas veces, cuando se focaliza la atención en solo un aspecto de la persona, como pueden ser los síntomas, se está dejando por fuera todo lo demás, los cuales son aspectos que también constituyen y hacen a la salud de la misma.

El haber sido observadora participante , permite considerar que luego de lo vivido durante la pasantía, los vínculos son una gran fuente de recuperación. La posibilidad de estar en contacto con otros, donde lo que los une es un compromiso de bienestar, donde las relaciones son cálidas, de reconocimiento y de respeto por el otro, pueden generarse cuestiones muy sanadoras para el tipo de personas descritas como mas beneficiadas dentro de este tipo de dispositivos, asi como también, para los profesionales que la integran (Grimson, 1983; Jones, 1956; Larivière et al., 2010; Rodrigué, 1965).

51

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Adams, D., Berk, M., Cahill, C. M., Dodd, S., & Malhi, G. (2009). El abordaje de pacientes con trastorno bipolar. Revisión de la evidencia y su integración en la práctica clínica. *Drugs*, 69, 2063-2101.

Agrest, M., & Druetta, I. (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 56-64.

Agrest, M., Guardo, G., & Wikinski, S. (2011). La recuperación como meta terapéutica en la experiencia de una joven institución: Proyecto Suma. Recuperado el 30 de septiembre de 2011 de la base de datos de Academia.edu.

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (ed. rev.). Barcelona: Masson.

Aranguren, M., & Brenlla, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10). En S. Blumen & C. Thorne (Eds.), *Revista de Psicología* (pp. 311-342). Lima: Fondo.

Avedaño Bravo, C., & Gempp Fuentealba, R. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos [Versión Electrónica]. *Terapia Psicológica*, 26, 39-58.

Baril, M. C., Bisson, J., Cournoyer, J., David, P., Fortier, L., Larivière, N., & Melancon, L. (2009). A qualitative analysis of clients: evaluation of a psychiatric day hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28, 165-179.

Boyer, R., Desrosiers, J., Larivière, N., & Tousignant, M. (2010). Revisiting the psychiatric day hospital experience 6 months after discharge: how was the transition and what have clients retained?. *Psychiatric Quarterly*, 81, 81-96.

Boyer, R., Desrosiers, J., Larivière, N., & Tousignant, M. (2010). Who benefits the most from psychiatric day hospitals? A comparison of three clinical groups. *Journal of Psychiatric Practice*, 16, 93-102.

Carrasco, R. (2007). WHOQoL BREF. En M. R. Güell Rous & F. Morante Vélez (Eds.), *Manual SEPAR de Procedimientos* (pp.16-23). Barcelona: Publicaciones Permanyer.

Epston, D. & White, M. (1980). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Farrell, S. P., Hoge, M. A., Munchel, M. E., Strauss, J. S. (1988). Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatric: Interpersonal and Biological*, 51, 199-210.

Frank, R. G., Gaccione, P., Horvitz-Lennon, M. & Normand, S. T. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *The American Journal of Psychiatry*, 158, 676-685.

Grimson, R. (1983). *La cura y la locura*. Buenos aires: Búsqueda.

Jones, M. (1956). The concept of a therapeutic community. *The American Journal of Psychiatry*, 112, 647-650.

Kaplan, H. & Sadock, B. (2009). Sinopsis de psiquiatría. (R. Artigot Cánovas, M. Codony Bodas, S. Tofé Povedano, L. Vasallo Yáñez, E. Vilaret Fusté & X. Vizcaíno Guillén Trads.) Barcelona, España: Wolters Kluwer Health España S.A.

Kroon, H. & Weeghel, J. (2004). Perfilando la investigación en rehabilitación psiquiátrica. Percepciones de los investigadores (“stakeholders”) [Versión Electrónica]. *European Journal of Psychiatry* (Ed. Esp.), 18, 73-82.

Naranjo Vila, C. (2001). Hospital de Día en Psiquiatría. Evolución de la Experiencia Mundial y Estado de la Situación en Chile. En R. Sepúlveda (Ed.), *Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental* (pp. 3-19). Santiago de Chile: Universidad de Santiago.

Proyecto Suma (2008). Hospital de día. Recuperado el 22 de octubre de 2011, en <http://www.proyectosuma.org/area-clinica/10/hospital-de-dia>

Rodrigué, E. (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires: EUDEBA.