

**Universidad de Palermo.
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.**

Trabajo Final de Integración

**Evaluación de una joven de 24 años con presunto
diagnóstico de trastorno psicótico agudo polimórfico o
Bouffee Delirante.**

Autor: Graciela Papaianni.

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	
2. OBJETIVOS.....	
2.1 Objetivo General.....	
2.2 Objetivos específicos.....	
3. MARCO TEÓRICO:.....	
3.1 Historia de la Psicosis.....	
3.2 Nacimiento y desarrollo del concepto de Bouffée Delirante (psicosis delirante aguda).....	
3.3 Clasificación de la CIE- 10 , DSM-IV TR y DSM V.....	
3.4 Evolución de la Bouffée Delirante.....	
3.5 Tratamiento farmacológico.....	
3.6 Detección, intervención temprana y tratamiento psicológico en psicosis.....	
3.7 Modalidades de intervención psicológicas en las psicosis.....	
3.8 Hospital de día: Definición, estructura y efectividad.....	
3.9 Objetivos de los pacientes dentro del hospital de día.....	
3.10 Tratamiento en hospital de día.....	
3.11 Criterios de alta de hospital de día.....	
4.1 Tipo de estudio.....	
4.2 Participante.....	
4.3 Instrumentos.....	
4.4 Procedimiento.....	
5. DESARROLLO.....	
5.1 Introducción.....	
5.2 Presentación del caso.....	
6. CONCLUSIONES.....	
8. ANEXO.....	

1. INTRODUCCIÓN

La práctica profesional se realizó en un hospital de día, una organización sin fines de lucro, dedicada a la rehabilitación en salud mental.

Dicha institución se especializa en ofrecer tratamiento a pacientes con trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y trastornos afectivos, entre otros.

El objetivo de la institución es poder brindar un espacio estructurado en un dispositivo ambulatorio intensivo a los pacientes con trastornos psiquiátricos severos, evitando así la internación en muchos casos. Así mismo, parte del tratamiento del hospital de día consiste en que el paciente pueda conseguir con el tiempo un nivel de funcionalidad social y ocupacional adecuado a partir del desarrollo de nuevas habilidades y/o recuperar las habilidades de sociabilización y cognitivas, entre otras.

Los tiempos de permanencia por lo general comprenden períodos de uno a seis meses y se estructuran en base a los objetivos que cada paciente debe trabajar al ingresar.

Las actividades que se realizan y replican en cada turno aún siendo recreativas poseen objetivos terapéuticos. Las mismas incluyen: desayuno, teatro, terapia ocupacional, yoga, taller de nutrición, arte, terapia de grupo, musicoterapia y asamblea en la que participan todos los miembros de la comunidad terapéutica para trabajar temas de convivencia y nuevas propuestas. Así mismo se incluyen las reuniones multifamiliares dos veces por mes donde se da la posibilidad a los seres significativos para los pacientes (padres, hijos, esposos, etc) que puedan compartir el sufrimiento de acompañar y sostener a los pacientes con padecimientos mentales.

La práctica se desarrolló en un período de 280 horas, cuatro veces por semana en el turno de la mañana (9 a 13 horas).

Durante la práctica profesional en el hospital de día se desarrolló la elección de un caso clínico de una paciente con un trastorno psiquiátrico severo (psicosis).

Esta paciente tuvo un cambio dramático en su vida en el transcurso de pocas semanas, lo que puede llevar a que cualquier persona pueda sentir empatía rápidamente con el caso en cuestión. Resulta interesante conocer más a fondo la temática de la psicosis polimórfica aguda o Bouffée Delirante ya que al no ser muy común permite profundizar en ciertas cuestiones que normalmente no serían estudiadas en profundidad.

A su vez resulta importante observar el cambio que se observó en la paciente que llamaremos F a lo largo de 4 meses durante su tratamiento en hospital de día.

Se intentará mostrar las distintas orientaciones psicológicas que se utilizan para el tratamiento de la bouffée delirante o psicosis o psicosis aguda polimórfica.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir y analizar la sintomatología de una paciente de veinticuatro años, con dos únicos episodios psicóticos con presunto diagnóstico de psicosis polimórfica aguda o Bouffée Delirante.

2.2 Objetivos específicos

- Describir y analizar la sintomatología de una paciente de veinticuatro años que ingresó al hospital de día luego de dos episodios psicóticos y el tratamiento indicado desde el mismo.
- Comparar la evolución de las somatizaciones y del estado emocional de la paciente comenzando desde el ingreso a la institución, a los quince días y a los tres meses de su tratamiento.

- Analizar la evolución de la paciente en relación al estado emocional así como su vinculación social con los otros pacientes en el taller de teatro durante un período de cuatro meses.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1 Historia de la Psicosis.

El término psicosis tal como es conocido en la actualidad surgió como convergencia de múltiples factores. Surge de las categorías de alienación, locura y demencia. A lo largo del siglo XIX, se empezó a denominar como psicótica a aquella persona que mostrara ciertos signos de insania tales como delirios secundarios o alucinaciones. El criterio finalmente utilizado de psicosis se basó en la psicopatología del delirio. La necesidad de categorizar las enfermedades en base a grupos de síntomas fue desarrollada en la segunda mitad del siglo XIX lo que colaboró con el desarrollo de la psicopatología descriptiva (Berrios, Beer, Malfavón, Ramos Ruiz & Fernández, 2012).

Wernicke (1900) clasificó las psicosis, de la misma manera que se hace con las enfermedades orgánicas: agudas o crónicas. Las enfermedades agudas tendrían la particularidad de desarrollar completamente sus síntomas en muy pocas horas, días o semanas hasta llegar a una altura significativa, mientras que las crónicas se manifiestan de por vida.

Emil Kraepelin y Eugene Bleuler utilizaron la denominación de "demencia precoz" para describir a los pacientes cuya enfermedad había iniciado en la adolescencia y luego desarrollaran un deterioro cognitivo, síntomas que hoy son atribuidos a la esquizofrenia. Kraepelin diferenció a estos pacientes con pronóstico de deterioro a largo plazo, inicio precoz y síntomas clínicos de alucinaciones e ideas delirantes, de aquellos que sufrían episodios de enfermedad alternados con períodos de actividad normal, a los que clasificó como enfermos de psicosis maníaco-depresiva (Sadock, 2009).

3.2 Nacimiento y desarrollo del concepto de Bouffée Delirante (psicosis delirante aguda).

A partir del presente apartado se utilizarán como sinónimos las denominaciones *Bouffée Delirante*, psicosis delirante aguda y trastorno psicótico polimórfico agudo.

Berrios, Beer, Malfavón, Ramos Ruiz & Fernández (2012) refieren que Magnan (1886) desarrolla cuatro conceptos para comprender el estado de los degenerados: cierta predisposición hereditaria o adquirida, un desequilibrio del sistema nervioso, estigmas, como por ejemplo retrasos mentales etc, o síndromes episódicos dentro de los que frecuentemente aparecen los Bouffées Delirantes.

Ey (1965) cita a Magnan (1886) como el primer autor en denominar al episodio psicótico agudo con el nombre de Bouffée Delirante, denominación que se utiliza aún en la actualidad. Ey afirma que este cuadro presenta un nivel de desestructuración intermedio a un cuadro bipolar y la esquizofrenia (Luque, 2012).

Ey (1965) diferencia tres tipos de psicosis agudas según el mecanismo prevalente del delirio. Describe a las *psicosis delirantes agudas*, una de ellas, como una eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Sucede con mucha frecuencia en sujetos jóvenes en mayor parte mujeres con una herencia psicopática o en algunos casos donde irrumpe intempestivamente este delirio que ya está totalmente constituido desde su aparición.

En el caso de la alteración de la conciencia Ey (1965) refiere que sucede en paralelo una cierta lucidez mientras que se desestructura la conciencia. Existe entonces una división de la persona entre el polo de la realidad y el polo del delirio.

La Bouffée Delirante presenta algunos tipos de somatizaciones tales como la suspensión de la menstruación en mujeres, algunos trastornos digestivos, hipotensión y disminución de eliminación urinaria (Ey, 1965).

Se entiende por somatizaciones los síntomas o molestias que no se pueden categorizar dentro de una entidad nosológica y que a falta de una enfermedad orgánica se presume que deriven de factores psíquicos (Valdés, 1998).

El delirio que se presenta en dicho cuadro es vivenciado por la persona como una experiencia cierta de donde surgen las fuertes reacciones afectivas que suceden a los delirios. Ey (1965) comenta respecto de la alteración tímica que el humor se encuentra permanentemente alterado. En muchos casos puede pasar de un estado de euforia a un estado de gran angustia, próxima en algunos casos a la experiencia melancólica.

Para entender bien los componentes que se presentan dentro del cuadro de una Bouffée Delirante resulta importante especificar que se entiende por emoción, estado del ánimo y afecto:

Kaplan y Sadock (2008) describen a la emoción como un estado sensorial complejo que tiene varios elementos de tipo psíquicos, conductuales y somáticos además de relacionarse ya sea con el afecto así como con el estado del ánimo.

El afecto es la expresión observada de la emoción, que en algunos casos se corresponde y en otras no respecto de lo que afirma el paciente. Mientras que el estado de ánimo "es el tono emocional generalizado que influye de manera profunda en la perspectiva personal, y en la percepción de uno mismo, los demás y el ambiente" (Kaplan y Sadock, 2008, p. 129).

También se entiende por estado del ánimo, el conjunto de estados y tendencias que la persona vive como propia de una forma casi inmediata. Existe una fuerte subjetividad que influye en su personalidad y además en su conducta (Bulbena, 1998).

Retomando entonces el cuadro de Bouffée Delirante dada la rapidez con la que evoluciona, inicia y finaliza el cuadro, así como las constantes perturbaciones tímicas, reviste gran importancia poder realizar un diagnóstico diferencial entre un Bouffée Delirante y una crisis maniaco-depresiva. En el caso de la Bouffée Delirante el final del acceso suele ser tan abrupto como su inicio. Respecto de las crisis maniaco-depresivas, actualmente denominadas trastornos bipolares (I y II) corresponden a trastornos del estado del ánimo en el que los pacientes presentan depresión o exaltación del ánimo. Dichas anomalías acompañan a casi todas las áreas funcionales de la persona (Kaplan y Sadock, 2008). El trastorno

bipolar a diferencia de la bouffée delirante suele comenzar hacia los 30 años, mientras que la bouffée suele hacerlo más temprano. La principal diferencia surge del tiempo que dura cada uno de estos trastornos.

A continuación se detallará las distintas adaptaciones de esta psicosis aguda dentro de las clasificaciones más modernas sobre trastornos mentales.

3.3 Clasificación de la CIE- 10, DSM-IV TR y DSM V.

La Bouffée Delirante es una clasificación antigua, perteneciente a la escuela francesa de psiquiatría, mientras que algunas de las categorizaciones actuales la incorporan dentro de los trastornos mentales, otras la descartan.

Dentro de la clasificación realizada por La organización mundial de la salud el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) incorpora el trastorno bajo la categoría de ATPD (Trastorno psicótico agudo y transitorio) según la traducción literal del inglés, o trastorno psicótico polimórfico agudo. El DSMIV (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) incorpora el trastorno psicótico agudo como trastorno psicótico breve, que aún siendo de naturalezas similares, no resultan iguales.

En el capítulo V del CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) que versa sobre los trastornos mentales y del comportamiento, dicho trastorno figura separado en dos subcategorías: trastorno polimórfico agudo sin síntomas de esquizofrenia (F23.0) y trastorno polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia (F23.1).

Respecto del primero de los trastornos polimórficos sin síntomas de esquizofrenia se puede observar que los criterios para su diagnóstico de acuerdo con el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) son los siguientes:

El comienzo del trastorno debe ser agudo (menos de dos semanas desde su comienzo), deben existir varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes variando con mucha rapidez en su intensidad. Existe un estado emocional cambiante. A

pesar de los síntomas se debe descartar a través de un diagnóstico diferencial que se trate de esquizofrenia o de un trastorno afectivo.

En relación con el trastorno polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia los criterios para el diagnóstico son los siguientes: Deben cumplirse las pautas del inicio, los tipos de alucinaciones y el estado emocional cambiante del trastorno psicótico agudo polimorfo. Se debe tener en cuenta que además hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente. Si los síntomas esquizofrénicos persisten más de un mes, el diagnóstico debe ser cambiado por el de esquizofrenia.

El DSMIV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) no considera en sus categorías al trastorno psicótico agudo polimórfico, dentro de su clasificación incluye el trastorno psicótico breve en el caso de un trastorno agudo y la esquizofrenia respecto de un trastorno psicótico crónico.

El estudio realizado en relación a la concordancia entre el diagnóstico de trastorno polimórfico agudo de CIE-10 y el trastorno psicótico breve del DSMIV-TR concluyó que éste último tiene una amplia concordancia con el del CIE-10 sin embargo el criterio de tiempo para el trastorno psicótico breve de un mes es muy corto (Pillmann, Haring, Balzuweit, Blöink & Marneros, 2002).

Respecto del DSM V también descarta el cuadro de Bouffée Delirante cómo lo hace el DSM IV - TR.

En el presente trabajo se utilizarán como sinónimos las denominaciones: Bouffée delirante, psicosis delirante aguda así como trastorno psicótico agudo polimórfico.

Antes de abordar el tema de los diferentes tratamientos utilizados cuando se presenta la psicosis ya sea para el paciente a través de tratamiento farmacológico y psicológico cómo para la familia a través de un abordaje de psicoeducación, se desarrollará cómo se presenta la evolución de la Bouffée Delirante.

3.4 Evolución de la Bouffée Delirante.

Respecto de las Bouffée Delirante y su evolución se considera cómo factores de buen pronóstico que la persona tenga un funcionamiento pre mórbido adecuado así como la presencia de pocos rasgos esquizoides pre mórbidos, factores desencadenantes severos (estrés, circunstancias vitales adversas), síntomas afectivos, inicio agudo del cuadro, poco aplanamiento afectivo, duración breve de los síntomas, ausencia de carga genética para esquizofrenia (Fernández Rodríguez, Ramos Ruiz & Malfavón, 2012).

- Magnan (1886) según lo referido en el libro psicosis atípicas (Berrios, Beer, Malfavón, Ramos Ruiz & Fernández, 2012) describió entonces cuatro tipos de Bouffées delirantes y sus distintas evoluciones:
- El episodio simple único de delirio súbito de comienzo y remisión aguda.
- Bouffées Delirantes en series polimorfas: serie sucesivas de Bouffées con delirios súbitos muy diferentes, sin ningún tipo de cohesión entre sí.
- Bouffées delirantes del tipo intermitente donde aparecen momentos de calma en la vida de la persona.
- Delirio súbito que eclosiona en el curso de la evolución de un delirio crónico cómo síndrome suplementario.

Sólo el 40-50% de los pacientes confirman su diagnóstico inicial de psicosis atípica. En el caso de las Bouffées Delirantes sólo entre el 29% y el 44% mantienen el diagnóstico en el tiempo (Luque, 2012).

Los actuales estudios coinciden respecto de la evolución de la Bouffée Delirante: el 30-40% de los pacientes que presentan dicho cuadro tienden a remitir, el 20% tiende a tener recurrencia, mientras que el 40-50% restante desarrolló sea esquizofrenia o trastorno bipolar (Castagnini & Berrios, 2009).

En el ensayo clínico de larga duración de ATPD (trastorno psicótico polimórfico agudo) sin síntomas de esquizofrenia (Taakaki, Koichiro & Satoshi, 2006) se registraron que a lo largo de 12 años, de 16 casos con dicho diagnóstico, sólo uno

de ellos cambió a trastorno de personalidad límite, cinco de los casos se diagnosticaron como esquizofrenia mientras que el resto permaneció con el mismo diagnóstico.

En otro estudio que se realizó a lo largo de cinco años en España se observó que el 50% de los pacientes que tuvieron diagnóstico de psicosis breve lo mantuvieron luego de ese período (Pedrós Burillo & Tenías Burillo, 2012). La conclusión de este estudio luego de un período de cinco años fue que el 73,4% de los 41 pacientes desarrollaron algún tipo de trastorno psicótico o afectivo crónico. A raíz de este estudio también se detectó que las mujeres presentan un menor deterioro que los hombres así como una mejor calidad de vida. Dicho estudio analiza tres variables que podrían influir en la evolución: edad, género y acontecimientos vitales previos a los episodios de psicosis inicial.

Se podría observar que lo importante es poder detectar la fase de riesgo ya que resulta el momento ideal para que la persona comience tratamiento psicológico de modo de poder acompañar y evitar o retrasar antes de que se manifieste y desencadene como algún trastorno psicótico o afectivo crónico como sucede muchas veces.

Como se ha analizado, es muy importante que cada paciente pueda realizar un buen tratamiento psicológico así como farmacológico, en muchos casos el primero colabora en la adherencia farmacológica. Para eso existen distintos dispositivos que brindan asistencia para cada situación, un hospital para casos agudos de internación psiquiátrica, una atención ambulatoria para casos más estables y un dispositivo intermedio en aquellos casos donde es necesario una adecuada contención que ayude a mediar con el afuera a los pacientes como es el hospital de día.

3.5 Tratamiento farmacológico.

Se utiliza la misma medicación que se usa en relación con las psicosis crónicas para las psicosis agudas o bouffée delirantes. El tratamiento respecto de la psicosis se puede dividir en dos partes: por un lado el tratamiento farmacológico y por otro lado el tratamiento psicológico. En todas las guías actuales de tratamientos psicóticos se mantiene la recomendación de un abordaje psicológico debido a que el tratamiento farmacológico exclusivamente no garantiza una cura completa.

Se entiende que los antipsicóticos resultan efectivos en un 40% de los casos de forma parcial. El 70% de los pacientes no genera adherencia a la medicación (Monreal Guillorme & Yániz Igal, 2012).

Al inicio del episodio psicótico se entremezclan tres períodos (agudos, de estabilización y estable). El objetivo entonces de la fase aguda es siempre minimizar los síntomas psicóticos positivos graves, para la fase de estabilización se intenta minimizarlos mientras que en la fase estable se busca tratar de erradicarlos.

Resulta importante prestar atención a lo largo del tratamiento a los síntomas negativos y efectos adversos de la medicación. La fase de mantenimiento luego de un estabilización sintomática (Pérez Escudero, Gil Molina, Camacho & García Cabeza, 2010).

Si bien la medicación mejora ciertos síntomas no tiene impacto sobre otras cuestiones individuales como por ejemplo emocionales, sociales por lo tanto además de un tratamiento farmacológico adecuado se requieren también intervenciones psicológicas y pertinentes para ayudar a las personas con trastornos psicóticos a convivir con la enfermedad, mejorar su nivel de autonomía y lograr una mejor calidad de vida (Monreal Guillorme & Yániz Igal, 2012).

A continuación se introducirá el tema del tratamiento psicológico comenzando con una descripción de la importancia de la detección e intervención temprana en la psicosis.

3.6 Detección, intervención temprana y tratamiento psicológico en psicosis.

Hace muchos años se venía trabajando con las psicosis agudas únicamente desde el aspecto del tratamiento farmacológico. A raíz de nuevas teorías que surgieron indicando cierta vulnerabilidad y estrés como posibles estresores de un brote psicótico se comenzó a trabajar en otras alternativas como la necesidad de un tratamiento psicológico y de la intervención temprana utilizándolos como métodos complementarios y necesarios del tratamiento en psicosis agudas. Se estableció a través de investigaciones que el período de mayor deterioro es el presicótico ya que luego del brote se produce un efecto meseta. Lo que se busca con la intervención temprana es abarcar distintas áreas que interactúan a lo largo de toda la psicosis que son: los síntomas, el funcionamiento psicosocial y las características psicológicas (Gutiérrez López, Sánchez Muñoz, Trujillo Borrego & Sánchez Bonome, 2012).

Vallina, Lemos & Fernández (2006) refieren en su investigación que existe un período importante de tiempo antes de que los pacientes inicien el tratamiento de su enfermedad. Este período conocido como *enfermedad sin tratar* abarca desde la aparición de la primera sintomatología hasta los primeros síntomas psicóticos atenuados que pueden durar de dos a cinco años denominado periodo de alto riesgo. En la última parte de este período es cuándo aparece la sintomatología psicótica pero el paciente aún no recibe tratamiento. Este período se ha convertido en la justificación de la intervención temprana en la medida en que se están mostrando como fundamentales para el posterior curso y recuperación de la enfermedad.

A partir de la introducción de antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas positivos de pacientes psicóticos, se pudo trabajar desde la psicología respecto del resto de la sintomatología psicótica. Lo más importante para comenzar con el tratamiento fue el cambio del concepto de enfermedad mental que paso de mirar sólo las disfunciones sociales a buscar mejorar el nivel de autonomía. A su vez

también adquieren mayor relevancia otros aspectos del paciente como los sociales, personales y emocionales (Monreal Guillorme & Yániz Igal, 2012).

El tratamiento psicológico busca promover la recuperación de aquellas personas que han comenzado con algunos síntomas psicóticos o impedir la progresión de aquellos que están en fase de riesgo (Vallina, Lemos & Fernández, 2006).

A su vez se determinó que la terapia cognitiva colabora en el proceso de demorar o prevenir el inicio de un episodio psicótico y también se muestran útiles para acelerar la recuperación y disminuir la carga sintomatológica de los episodios agudos, además de reducir la duración de su internación hospitalaria (Vallina, Lemos & Fernández, 2006).

Se logró generar la transformación del paciente de un rol pasivo a tener un rol como agente de cambio de su vida. Por último se incorporó un cambio del modelo institucionalizador pasando de modelo manicomial a modelo basado en la inserción del paciente en la comunidad. Se puede decir que el propósito de las intervenciones psicológicas es generar un cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional con el fin de lograr que dichos pacientes logren tener una buena vida saludable y mejorar la calidad de vida de las personas así como con sus familias. En los últimos quince últimos años se modificó el enfoque en relación con los tres factores intervinientes respecto de los trastornos psicóticos. En estos años se generaron y desarrollaron varios modelos psicológicos que explican los trastornos psicóticos junto con sus tratamientos psicológicos asociados. Uno de estos modelos es el modelo de vulnerabilidad – Estrés de Zubing y String de 1977 que considera a la psicosis como multifactorial, resultado de una interacción entre una vulnerabilidad predisponente (de origen biopsicosocial) junto con estresores ambientales. Los factores de vulnerabilidad están compuestos por dificultades emocionales, déficits cognitivos, además de otros factores evolutivos y biológicos. Los estresores están compuestos por ambientes hostiles, acontecimientos vitales estresantes, además de consumo de drogas entre otros. Como segundo factor se considera la implicación activa del paciente. Se busca lograr el manejo activo y el control del paciente respecto de su enfermedad y su recuperación, la reinserción del mismo en la comunidad así como la estabilización de sus síntomas. Por último

la evolución de una base empírica respecto a favor de los tratamientos psicológicos de la psicosis (Monreal Guillorme & Yániz Igal, 2012).

En el presente apartado se ha tratado el tema de la detección temprana e intervención en psicosis, así como los tratamientos psicológicos. Se profundizará en el siguiente apartado sobre las distintas formas de intervención psicológica.

3.7 Modalidades de intervención psicológicas en las psicosis.

En estos párrafos se desarrollan las distintas modalidades que existen en intervenciones psicológicas en las psicosis. Se abordarán los tratamientos más recientes y que han demostrado tener éxito en los últimos años.

Algunas de las intervenciones que han sido eficaces de acuerdo a Monreal Guillorme & Yániz Igal (2012) son:

- Las intervenciones familiares psicoeducativas de manera de que la familia comprenda la situación, pueda detectar los síntomas y actuar en consecuencia.
- El entrenamiento en habilidades sociales ya que en caso de evolucionar hacia una psicosis crónica es una de las habilidades que más fácil se pierde.
- Los tratamientos cognitivos conductuales para reducir o eliminar los síntomas de manera organizada y sistematizada.
- Los paquetes integrales multimodales ya que cada paciente tiene un abordaje distinto, algunos lo hacen a través de musicoterapia, otros a través de teatro etc.
- Las estrategias de intervención comunitaria que buscan mirar al individuo desde sus potencialidades y no desde sus limitaciones.
- La terapia conductiva conductual para el control de síntomas psicóticos residuales y generación de estrategias de afrontamiento de los mismos.

Gutiérrez López, Sánchez Muñoz, Trujillo Borrego & Sánchez Bonome (2012) consideran que para el tratamiento en terapia cognitiva conductual se debe incluir sesiones individuales enfocadas a cuestionar la importancia de las creencias delirantes y de las alucinaciones auditivas. Además a través de sesiones grupales con menos de seis pacientes se evidencia cómo las creencias de otras personas incluyen a menudo elementos irracionales e incoherentes para eso se brindan explicaciones alternativas consideradas. Se trabaja además con las familias en dos sesiones donde se les informa sobre cómo interactuar con el paciente y darle apoyo así y soporte cuando surgieran síntomas.

Monreal Guillorme & Yániz Igal (2012) citan a Mc Gorry (2000) respecto de las distintas fases de la psicosis y sus intervenciones psicológicas pertinentes la fase pre psicótica y psicótica. A fines de ser específicos con el tema evaluado se detallará exclusivamente la fase presicótica y la fase psicótica aguda ya que coincide con el tiempo y características de la Bouffée Delirante.

En la fase pre psicótica se busca: psicoeducación para reducir los síntomas y la discapacidad además de terapia cognitiva conductual para la reducción del riesgo en la psicosis. Respecto del tratamiento familiar se realiza para mejorar el funcionamiento y a su vez también los vínculos.

En relación con la fase psicótica aguda (0-2 meses) se busca la intervención y apoyo en momentos de crisis así como la psicoeducación a través de tratamiento individual y familiar para generar distintas metas terapéuticas:

Se busca reducir la angustia emocional, generar una mejora del conocimiento y comprensión de la psicosis, ayudar a desarrollar distintas estrategias de afrontamiento adaptativas, generar un regreso al funcionamiento normal y por último reducir las estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Referente a la recuperación temprana que se da en los 2-6 meses siguientes para el tratamiento individual se realiza un manejo de caso basados en las necesidades y psicoeducación en las que se busca una adaptación óptima al inicio de su psicosis y a sus implicaciones y a reducir la angustia respectivamente a través de

psicoterapia cognitiva. Para el tratamiento familiar se busca generar un ajuste familiar óptimo y una aminoración de la angustia emocional. Se realiza un tratamiento grupal a través de intervenciones para lograr la rehabilitación, mejorar las relaciones interpersonales, conocimiento y espacios de ocio, a su vez como la rehabilitación laboral (Monreal Guillorme & Yániz Igal, 2012).

Vallina, Lemos & Fernández (2006) sin embargo se basan en los autores Phillips y Francey (2004) para hablar de las fases de la terapia cognitiva (18 sesiones) en la fase presicótica:

Durante las primeras dos sesiones se busca obtener información del paciente, realizar una formulación breve que dirija la terapia y lograr un buen vínculo terapéutico.

En las siguientes nueve sesiones se realiza la terapia para tratar los problemas y objetivos obtenidos en la primera etapa. Se realizan intervenciones tradicionales.

En la tercera etapa como parte de un proceso de finalización de la terapia se realizan cuatro sesiones más, agregando tres sesiones más de refuerzo con el objetivo de que el paciente tenga herramientas para identificar cuando podría necesitar nuevamente terapia.

Se ha observado en el estudio realizado por Gutiérrez López, Sánchez Muñoz, Trujillo Borrego & Sánchez Bonome (2012) que los pacientes que han tenido un tratamiento cognitivo conductual han tenido un lapso de recaída más largo respecto de grupo que no ha tenido ningún tratamiento psicológico, luego de una evaluación tras cinco años.

Vallina, Lemos & Fernández (2006) sugieren que para la etapa presicótica o etapa de psicosis aguda la mejor forma de tratamiento se da en un centro ambulatorio, en un hospital de día o centro comunitario.

Parte del tratamiento se encuentra vinculado a cada caso es por eso que a continuación se describirá los distintos tipos de evolución que existen dentro de la Bouffée Delirante.

3.8 Hospital de día: Definición, estructura y efectividad.

El hospital de día es un dispositivo de internación intermedio entre la internación psiquiátrica y el tratamiento ambulatorio. El modelo asistencial de hospital de día surge históricamente del modelo comunitario de hospital de día y de la terapia comunitaria de mitad de siglo XX. El modelo de hospital de día para pacientes crónicos fue transformándose en programas especiales y centros de día (Proyecto Suma, 2013).

A lo largo de la historia el modelo prevaleciente de internación psiquiátrica tenía como objetivo entretener al paciente esperando que de alguna forma la enfermedad se pueda curar sola o de que empeore y el paciente muera dentro de la institución (Sarraceno, 2003).

La aparición del modelo actual de hospital de día surgió debido a factores económicos así como un cambio en las filosofías dentro de las orientaciones psiquiátricas y un fuerte avance en el tratamiento farmacológico. Fue muy importante el aporte de Maxwell Jones (1952) que considero que dentro del hospital de día se generaba un nuevo sistema social en el que todos los miembros se influían recíprocamente uno a otro (Pertejo, 1992).

La ley de Salud Mental 448 plantea la necesidad de que los pacientes sean tratados únicamente en internaciones por situaciones agudas: en su artículo 14 nombra otros tipos de dispositivos como el hospital de día para un tratamiento intensivo ambulatorio.

El modelo vigente de hospital de día conjuga una matriz de actividad terapéutica comunitaria general que incluye a pacientes y profesionales que participan del programa, sobre el que se diseñan distintas estrategias individuales terapéuticas *a medida* de cada paciente. El hospital de día brinda un tratamiento que es institucional ya que necesita de un paciente que se adapte a un marco de actividades regladas. El paciente entra en un ambiente modificado y gracias a la dirección de este se puede realizar un tratamiento terapéutico (Pertejo, 1992).

Maureso (2012) se refiere al hospital de día como a un espacio que conjuga procesos terapéuticos clásicos: por un lado la internación, expresada a través de la frecuencia diaria del tratamiento, y por otro lado ambulatorio dado por la atención en el consultorio.

El objetivo esencial del hospital de día es brindar una asistencia especializada y cualificada de forma ambulatoria de manera de evitar la internación. Es importante que se trabaje de forma multi e interdisciplinaria para poder atender todas las necesidades que surgen de los pacientes (Bertran, 2004).

Respecto de la efectividad del dispositivo, un estudio en el 2001 concluyó que la recuperación de pacientes con trastornos psiquiátricos que asistían a hospital de día era considerablemente más rápida que la de aquellos que estaban internados en una facilidad psiquiátrica. Sin embargo no fue mejor el progreso respecto del funcionamiento social. A su vez se demostró en cuatro de cinco ensayos clínicos que los hospitales de día resultaban más económicos que los hospitales de internación psiquiátrica con una reducción de costos que variaba de un 20% a un 36% (Marshall et al, 2001).

Respecto de la efectividad del tratamiento en hospital de día, dos de cinco estudios clínicos realizados en el 2001 concluyeron que los programas de tratamiento en hospitales de día eran superiores para continuar con el tratamiento de pacientes externados respecto de la mejora de los síntomas psiquiátricos (Marshall et al, 2001).

Se desarrollará en el próximo apartado sobre los distintos objetivos que se trabajan a lo largo del tratamiento dentro de un hospital de día.

3.9 Objetivos de los pacientes dentro del hospital de día.

El hospital de día trabaja sobre dos aspectos fundamentales que son la rehabilitación y la resocialización de los pacientes, ambos conforman los objetivos de tratamiento de cada individuo (Bertran, 2004).

Dentro del hospital de día existen distintos objetivos que sirven de guía para el tratamiento de cada paciente.

La comunidad actúa como agente socializador, además de realizar actividades terapéuticas se llega a través de los distintos talleres a conocer el sufrimiento del paciente y de su enfermedad (Grimson, 1983).

El principal objetivo está dado por aliviar el sufrimiento y los síntomas de pacientes con trastornos psiquiátricos severos a través de distintos tratamientos; ya sean de tipo farmacológicos, psicológicos y corporales entre otros.

Para poder brindar dicho alivio se diseña un tratamiento acorde al paciente y a su red social. Se trabaja con continuidad al alta del tratamiento y en la internación en los casos que sea necesario, recurriendo al proceso terapéutico comunitario y a los programas especiales.

Uno de los objetivos del tratamiento en dicho dispositivo es evitar la internación y disminuir la estadía de los pacientes internados al poder alojarlos en un dispositivo ambulatorio intensivo a pesar de tener un trastorno psiquiátrico severo (Bertran, 2004).

Un aspecto primordial del dispositivo es la posibilidad de establecer lazos y vínculos con todas las instancias terapéuticas involucradas en el tratamiento del paciente con trastornos psiquiátricos subagudos con el fin de optimizar los esfuerzos terapéuticos.

Se trabaja de modo continuo en forma grupal y muchas veces también en forma individual para poder lograr un óptimo nivel de funcionalidad (social y ocupacional) a partir del desarrollo de nuevas habilidades y/o recuperación de habilidades y aptitudes perdidas.

Se busca acoger en la red interpersonal del dispositivo comunitario el padecimiento subjetivo del individuo promoviendo la resolución de sus conflictos teniendo en cuenta las frecuentes alteraciones en la capacidad vincular de muchos de los pacientes que reciben tratamiento en estas instancias terapéuticas y, además, considerando la potencia terapéutica de los tratamientos grupales.

Se intenta como objetivo garantizar el tratamiento farmacológico de aquellos pacientes que por su patología o por disfunción familiar y social requieran de una tutoría institucional.

Además se busca detectar y tratar conflictos familiares que influyen en la evolución del cuadro así como educar al paciente y a su familia sobre las características del sufrimiento y su tratamiento. Una parte fundamental de los objetivos del hospital de día es promover la participación activa del paciente, su familia y su medio social de pertenencia, en la realización y la evaluación de los resultados del tratamiento.

Como objetivo central se trata de evitar el estigma en los pacientes con trastornos mentales contribuyendo a modificar la representación familiar y social del padecimiento psíquico y disminuyendo las indicaciones de internación psiquiátrica innecesarias o disminuyendo el tiempo de las mismas (Proyecto Suma, 2013).

3.10 Tratamiento en hospital de día.

Existen varios criterios de admisión en el hospital: Uno de ellos tiene que ver con la agrupabilidad del paciente debido a que el tratamiento es mayormente grupal y existen ciertas reglas de convivencia dentro del mismo que deben respetarse. A su vez el paciente debe lograr una estabilización respecto de sus síntomas de manera de poder trabajar sobre otros aspectos.

El modelo de hospital de día consta de un programa intensivo de cinco días a la semana contando para los fines de semana con actividades generales comunes a todos los pacientes. El programa, polivalente, consiste en tratamientos psicoterapéuticos integrados de orientación psicoanalítica y cognitiva, terapias de rehabilitación social, terapias corporales, talleres (musicoterapia, teatro, terapia del movimiento, terapia ocupacional, arte) y en casos necesarios tratamiento psicofarmacológico (Proyecto Suma, 2013).

El objetivo de los talleres expresivos que se brindan dentro del hospital de día ayudan a que el paciente pueda correrse de ese lugar de objeto y se pueda convertir en un sujeto creador por un momento. Se puede decir que la

temporalidad y el encuadre de los talleres cortan con la tendencia en el infinito que se observa en la psicosis. Las consignas claras dentro de los talleres permiten que algo del sujeto surja en el paciente (Neo, Dolce & Ratz).

A continuación se detallaran los criterios para dar el alta en hospital de día.

3.11 Criterios de alta de hospital de día.

El alta del paciente se producirá con las modalidades habituales de las altas hospitalarias, previa reunión en la que se analizarán las razones y conveniencia de la misma. Al no tratarse de un dispositivo de tratamiento coercitivo el alta voluntaria a petición del paciente o de su representante legal, en el caso de incapacidad, es una posibilidad abierta.

Los criterios de alta son:

En primera instancia la consecución de los objetivos previstos en el programa terapéutico y adaptados a cada paciente.

Según el Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2013) en casos donde se considere que en ese momento el paciente pueda beneficiarse más de un tratamiento en otro dispositivo asistencial.

El informe de alta ha de contener las razones de la derivación del paciente al dispositivo de la red considerado más idóneo para seguir el tratamiento.

El dispositivo que ha de recibir al paciente ha de ser informado y participar en el proceso del alta, que en muchos casos es progresivo hasta que su adaptación a la nueva situación sea adecuada.

El proceso del alta genera luego que el paciente pase a formar parte de otros tipos de espacios de manera de poder seguir con cierta contención para lidiar con el mundo exterior.

4. METODOLOGÍA.

4.1 Tipo de estudio.

El tipo de estudio del presente trabajo será descriptivo.

4.2 Participante.

La paciente elegida (F). Tiene 24 años y vive con su madre divorciada Desde que nació tuvo una relación distante y casi ausente con el padre.

Tiene una hermana mayor de 36 años casada con dos hijas y un hermano soltero de 33 años, que vive a pocas cuadras de la casa, funcionando muchas veces de responsable de su cuidado.

A pesar de tener problemas de dislexia desde muy temprana edad, gracias a su determinación, terminó el colegio secundario en un colegio acelerado a sus veintidós años.

Luego de dos episodios psicóticos que intensificaron su sintomatología la familia decidió no internar a la paciente por lo que estuvo bajo la supervisión de sus hermanos y madre hasta el momento del ingreso al hospital de día.

4.3 Instrumentos.

Se realizó la lectura de la historia clínica personal donde consta su composición familiar, antecedentes, diagnóstico inicial del tratamiento.

Se trabajó a través de distintos instrumentos tales como la observación participante en desayunos y en las distintas actividades de Hospital de Día.

Se compuso una guía de observación de la paciente en el taller de teatro, incluida en el anexo, durante cuatro meses dos veces por semana. La misma comprende las siguientes categorías: si ingresa voluntariamente a cada sesión del taller, si

participa proactivamente, si participa de toda la clase, si entiende las consignas así cómo son dadas, si logra interactuar con los demás.

Se le administraron el día de ingreso, a los quince días, y a los tres meses de ingreso el inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis de 1994, National Computer System de Minnesota que fue adaptado en Argentina por María Martina Casullo (1999). Este inventario se desarrolló para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos. Posee nueve dimensiones primarias y tres índices de malestar psicológico. Las dimensiones presentes son: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y por último psicoticismo.

Se realizó asistencia a reuniones de equipo de hospital de día con la presencia de todo el staff de profesionales y talleristas.

Se introdujeron todas las anotaciones de un diario de campo respecto del estado emocional de la paciente y avances del tratamiento de la paciente que se registraron a lo largo de la práctica profesional en Suma.

Se incluyó también la participación a diez supervisiones de los analistas que integran los procesos llevados a cabo con la paciente cuya duración estimada será de dos horas y media cada una.

4.4 Procedimiento.

El trabajo se basó en la observación participante de la paciente en los espacios de hospital de día de lunes a viernes por la mañana. A su vez se tomaron como instrumentos la historia clínica, los inventarios de síntomas y los resultados del inventario de síntomas, administrado el día del ingreso al hospital de día, a los quince días y a los tres meses de haber ingresado. Los inventarios de síntomas se administraron en forma individual a la paciente luego del espacio del desayuno, donde se le explicó que debe completar los 90 ítems marcando con una cruz en cualquiera de las opciones: nada, muy poco, poco, mucho respecto a las

afirmaciones escritas. Dicho inventario fue completado en forma personal con la paciente con el asesoramiento en caso de dudas sobre las distintas afirmaciones.

5. DESARROLLO.

5.1 Introducción.

En esta segunda sección se realizó una presentación del caso de F (24 años) con un posible diagnóstico de Bouffée Delirante o trastorno psicótico polimórfico agudo.

Una vez detallado el caso se analizaron en distintos apartados tres objetivos: en primer lugar la descripción y el análisis de la sintomatología así como el tratamiento indicado desde el hospital de día para F. A continuación se comparó la evolución de los síntomas de somatizaciones y del estado emocional en un período de tres meses a través del inventario de síntomas SCL-90.

Por último se evaluó el comportamiento de F en el taller de teatro en un período de cuatro meses para analizar la evolución de la paciente en relación al estado emocional y también su vinculación social con los otros pacientes.

5.2 Presentación del caso.

F es una joven de 24 años que se presenta como una paciente nerviosa, ansiosa y angustiada. En su primer día de hospital de día tiene problemas para subir las escaleras sola debido a tener vértigo, necesita apoyarse en otra persona para hacerlo. Está todo el tiempo en movimiento, no puede quedarse quieta.

F nació con bajo peso y onfalocele, un defecto congénito en el cual se presenta protrusión de los intestinos u otros órganos abdominales del bebé a través del ombligo, a su vez tuvo una cardiopatía intraauricular por la que tuvo que tener tempranamente operaciones requiriendo desde muy pequeña cuidados especiales, además de generar como consecuencia una relación muy unida con su madre. Desde niña en situaciones de nervios o stress comenzó a sentir dolores estomacales.

Sus padres se separaron siendo ella muy chica, desde ese momento tuvo una relación distante y tensa con su padre, sintiéndose poco aceptada y querida por él.

A lo largo de su desarrollo fue diagnosticada con dislexia y cierto tipo de retraso madurativo, así como un déficit atencional, lo que requirió mayor seguimiento y atención, sobre todo por parte de su madre.

Su hermana mayor tiene 36 años, está casada y tiene dos hijas mientras que su hermano soltero tiene 33 años, con el tiene una relación muy cercana.

Refiere a través de las entrevistas individuales que su hermano muchas veces funcionó de intermediario en el dialogo con el padre, sintiéndose protegida por él.

Durante todo su crecimiento fue una niña ansiosa criada por una madre sobreprotectora lo que generó aún más una relación simbiótica que se relata a través de las entrevistas con la madre y de las entrevistas individuales con ella.

F terminó con 22 años el colegio secundario nocturno, luego de gran esfuerzo y de empuje por parte de su madre.

Después de unos años se encontraba en una relación amorosa con un chico. Se empezó a sentir mal. Ese día se hizo un examen de embarazo que asegura dio positivo. Luego de realizarlo llamó al novio que le dijo que era imposible que fuera suyo y la dejó. En esos días volvió a repetir el análisis siendo el resultado negativo. Dos días posteriores creyó haber visto al diablo, estaba segura que estaba participando dentro de un exorcismo, por lo que se asomó al balcón gritando e implorando a las personas que recen por ella y por todos a su alrededor. Tras un llamado a la fuerza pública pudieron sacarla del balcón, luego de cierta resistencia. A raíz de estos episodios, sumado a cierta predisposición ansiosa por parte de F, comenzó a tener ataques de pánico por lo que no podía salir de su casa sola. A su vez tenía dolores menstruales y estomacales constantes así como seguía manteniendo su falta de menstruación.

La familia decidió luego de estos dos episodios que F se quedara en casa bajo la supervisión de su hermano prefiriendo no internarla.

Vallina, Lemos & Fernández (2006) afirman que para la etapa presicótica o etapa de psicosis aguda la mejor forma de tratamiento se da en un centro ambulatorio o en un hospital de día.

Luego de un mes de esta situación, viendo que F necesitaba supervisión, se dio la indicación por parte de su psiquiatra para que realice hospital de día en el turno completo (9 a 17 hs) los cinco días de la semana.

La medicación que se le prescribió fue Olanzapina 5 mg y Clonazepam, este último indicado tres veces por día además un refuerzo extra en caso de que ella sintiera que lo necesitara.

5.3 Descripción y análisis de la sintomatología. Tratamiento indicado desde el hospital de día.

Para poder describir los síntomas de F, así como su tratamiento dentro del hospital de día se recurre a la historia clínica de la paciente, a la admisión así como las distintas entrevistas con su referente, y a la información complementaria obtenida en los desayunos y actividades.

F ingresó al hospital de día: angustiada, ansiosa, con dificultad para mantenerse quieta. Los primeros días necesitaba ayuda para subir las escaleras debido a que refería tener vértigo.

Requería supervisión constante por lo que su madre debía traerla y venirla a buscar ya que tenía pánico de salir sola a la calle.

Recién después de dos meses de los episodios psicóticos puede comenzar a salir a espacios abiertos con gente como por ejemplo un shopping, siempre acompañada por su madre o algún familiar, refiriendo al día siguiente haber tenido necesidad de dormir 12 hs por el cansancio y stress que le provocara la situación.

Sus primeras interacciones con sus compañeros fueron las de una persona socialmente retraída, sin embargo siempre trataba de sonreír frente a sus comentarios.

Sus primeros cuestionamientos o comentarios con ellos se referían a: ¿Qué es lo que me pasa?, ¿Cuál es mi diagnóstico? ¿Me voy a curar?.

Si bien explicitaba en las entrevistas con su referente que no pensaba que fuera cierto lo sucedido, aseguraba que creía haber estado embarazada y en el momento del segundo episodio psicótico estaba segura de estar participando de un exorcismo. Dichos pensamientos le generaban aún más ansiedad y miedo, recurriendo a ciertas fobias por algunos artefactos o situaciones que creía pudieran ocasionarle episodios similares: como por ejemplo no podía ver películas o escuchar música sola por miedo a volver a ver al diablo.

En el caso de la alteración de la conciencia Ey (1965) refiere que sucede en paralelo una cierta lucidez mientras que se desestructura la conciencia. Existe entonces una división de la persona entre el polo de la realidad y el polo del delirio. F refería al respecto estar segura de que la situación era casi imposible que fuera verídica pero en ese momento ella la sintió y vivió como tal.

Tras la admisión al hospital de día se buscó integrar la necesidad de la familia, del psiquiatra tratante así como también las indicaciones del referente. Se intentó entonces desarrollar una estrategia en común con todos los integrantes del equipo que coordinaban su tratamiento.

Los objetivos del tratamiento de F durante su permanencia en el hospital de día se basaron en dos etapas:

En la primera etapa se buscó reducir el cuadro de sintomatología ansiosa, de somatizaciones y equilibrar el estado emocional en el que F inició el tratamiento. Por otro lado se intentó monitorearla para verificar la remisión de las ideas delirantes.

Cómo ya se ha referido en la fase pre psicótica se busca: psicoeducación para reducir los síntomas y la discapacidad además de terapia cognitiva conductual para la reducción del riesgo a que se desarrolle una psicosis crónica.

Cada paciente tiene un referente psicólogo o psiquiatra de modo de poder conducir ordenadamente el tratamiento. Dicho referente se encuentra en contacto con el

equipo tratante del paciente (psiquiatra y psicólogo). En los casos que sean necesarios el referente se reúne con la familia del paciente para contarles de su evolución, avances o dificultades del tratamiento. F logró un buen vínculo terapéutico con su psiquiatra generando una mayor adherencia al tratamiento y asistencia al hospital de día.

También como parte del tratamiento se convoca a las personas del núcleo cercano a reuniones multifamiliares para que puedan compartir como observan al paciente en su día a día. En caso de ser necesario se genera también un espacio con un terapeuta familiar dentro o fuera de la institución en los casos que se considera que la familia presenta algún tipo de sistema familiar disfuncional a tratar, así como en aquellos casos que se encuentra desbordada por el diagnóstico y necesita mayor contención para acompañar al paciente .

Respecto del tratamiento familiar se realiza para mejorar el funcionamiento y reforzar los vínculos (Monreal Guillorme & Yániz Igal, 2012). Se invitó a la madre a distintas reuniones con la psiquiatra referente así como también a que participara de las reuniones multifamiliares y pudiera compartir con otros las dificultades y progresos de F a lo largo del tratamiento. Su madre participó muy poco de dicho espacio.

En la segunda etapa se buscaría la reinserción social de F así como la ayuda en la elaboración y logros de objetivos laborales o de estudio por fuera del hospital de día.

Sarraceno (2003) afirma que lo que se busca a través de las interacciones de resocialización entre pacientes y médicos son el apoyo, la permisividad, la no conformación de las expectativas desviadas y la recompensa de los comportamientos adecuados que sirve para fortalecer el comportamiento socializado. Por otro lado comenta que las dificultades de la interacción social constituyen uno de los mayores obstáculos para conseguir el resultado deseado de los tratamientos de rehabilitación vocacional y se intenta a través de la terapia cognitiva conductual conseguir superar dichas limitaciones. Muchas de las dificultades están dadas por la generalidad de las oportunidades mientras que otras están dadas por el estigma que genera poseer una enfermedad mental.

Slade (2009) afirma que el tratamiento comunitario de salud mental se basa en enfatizar los aspectos positivos de las personas así como sus fortalezas, capacidades, y aspiraciones en vez de observar sus limitaciones para que cada persona pueda ser responsable de manejar su enfermedad y tratamiento.

Siguiendo el estudio de Marshall et al (2001) se puede considerar que el tratamiento en hospital de día es considerablemente más rápido y efectivo para Florencia de lo que hubiera sido la internación, además de generar un trauma menor en ella.

Se puede observar a lo largo de su permanencia en el hospital de día cómo pudo ir comentando sus sentimientos y estado emocional.

En el taller literario F escribió:

“La vida sin problemas es matar el tiempo a lo bobo: Esto significa que si la vida fuese todo color de rosas, sería muy aburrida. Si me quedara en mi casa en vez de venir estaría mucho peor”.

Mientras que días después escribió:

“Tengo miedo al abandono, a que me juzguen sin saber cómo soy, a que no me entiendan lo que me pasa cuando estoy mal”.

“Me gustaría hacer: estudiar teatro, hacer un curso en el botánico, pasear perros, trabajar en un local de ropa, tocar un instrumento de música, pintar, ir al gimnasio, hacer caminatas y sobre todo manejarme sola por la vida, independencia”.

A los tres meses de haber ingresado al tratamiento comienza a volver sola caminando a la casa desde el hospital de día, momento que coincide cómo se verá más en detalle adelante con la disminución de la sintomatología ansiosa y la eliminación de la sintomatología ansiosa-fóbica.

Al mismo tiempo comenzó una relación amorosa con un conocido lo que la motivó a querer reducir el tiempo dedicado a hospital de día, a mejorar y a buscar objetivos relacionados con el afuera cómo pensar en realizar actividades tales como un curso de botánica, teatro etc así como proyectar la búsqueda de un trabajo.

Se puede decir que a tres meses de permanencia en el dispositivo en el hospital de día F ha logrado una remisión de la sintomatología a través del acertado tratamiento otorgado sea por el equipo tratante como por la institución.

A continuación se observará en detalle la evolución de las somatizaciones y la evolución del estado emocional de F para brindar mayor evidencia sobre el desarrollo de su tratamiento.

5.4 Evolución de las somatizaciones y del estado emocional de la paciente en un período de tres meses de tratamiento.

A lo largo de su permanencia en hospital de día se le pudo administrar el inventario de síntomas SCL-90 en tres ocasiones: el primer día de ingreso al hospital (primera toma), a los quince días (segunda toma) y a los tres meses (tercera toma) de permanencia en el dispositivo, de modo de poder observar la evolución respecto de las somatizaciones y del estado emocional. Además de administrar este test, a través de las entrevistas con su referente se obtuvieron más datos en relación, sea con las somatizaciones como de los estados emocionales de F.

Si bien la Bouffée Delirante pertenece a una categorización de la psiquiatría francesa se utilizó una escala americana denominada SCL-90-R de L. Derogatis de 1994, National Computer System de Minnesota que fue adaptada en Argentina por María Martina Casullo (1999). Este inventario se desarrolló para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos. Posee nueve dimensiones primarias y tres índices de malestar psicológico. Las dimensiones presentes son: somatizaciones, ansiedad, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y por último psicoticismo. Se tomaron en consideración para el análisis las categorías que figuraban dentro del cuadro de bouffée delirante: en primera instancia las somatizaciones y en segundo lugar las alteraciones del estado emocional: para ello se analizaron las categorías de ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad y depresión.

Se realizará primero el desarrollo de las somatizaciones para luego continuar con los cambios en el estado emocional.

Cómo se ha descrito anteriormente se entiende por somatizaciones aquellas molestias que no se explican por una enfermedad orgánica ni tampoco se pueden categorizar por lo que se presume que deriven de factores psíquicos (Valdés, 1998).

La categoría denominada somatizaciones presenta preguntas sobre la frecuencia de los siguientes malestares entre otros:

Dolores de cabeza, sensación de mareo o desmayo, náuseas o dolores de estómago, calambres, dificultades para respirar bien, hormigueos en el cuerpo etc.

Tabla 1.1. Evolución de las somatizaciones a través del inventario SCL-90.

	1° Toma	2° Toma	3° Toma
Somatizaciones V.Bruto	2,33	1,5	0,5
Somatizaciones Percentil	70	60	45

Se debe tener presente que la Bouffée Delirante presenta algunos tipos de somatizaciones tales como la suspensión de la menstruación en mujeres, algunos trastornos digestivos, hipotensión y disminución de eliminación urinaria (Ey, 1965). Es importante recordarlo ya que F había ingresado al hospital de día con suspensión de la menstruación y uno de sus delirios había sido referente a creer estar embarazada. A lo largo del tratamiento se quejó varias veces a la semana durante los primeros meses de tener dolor de estómago o hipotensión frente a alguna dificultad dentro del hospital. A su vez necesito solicitar varias veces el refuerzo de Clonazepam por sentirse ansiosa sobre todo en situaciones grupales tales como la Asamblea.

Se puede observar en la tabla 1.1 que F redujo un 35% las somatizaciones en los primeros tres meses de tratamiento. Se puede atribuir al inicio del tratamiento del hospital de día así como también a la remisión de los síntomas del cuadro de Bouffée Delirante.

Para analizar el estado emocional se toman en consideración varias categorías tales como ansiedad, ansiedad fóbica, depresión y hostilidad. De modo de tener una referencia del tipo de preguntas que engloban dichas categorías se nombrarán algunas de ellas:

Para responder a la categoría sobre ansiedad se pregunta sobre nerviosismo, sentirse muy nervioso, ataques de pánico etc.

En la categoría de ansiedad fóbica se consulta por tener miedo de viajar en tren, subte, colectivo, evitar realizar actividades, ponerse nervioso estando sólo etc.

Para conocer su grado de hostilidad se consulta sobre la necesidad de golpear o lastimar a alguien, necesitar romper cosas, meterse seguido en discusiones.

Por último respecto de depresión se requiere saber si tiene falta de interés en relaciones sexuales, perder las esperanzas en el futuro, sentirse inútil, etc. Conociendo la interrelación de las distintas categorías se puede observar la evolución del estado emocional de F en un período de tres meses.

En referencia con su estado emocional si se toma en cuenta las transcripciones que se detallaron en el apartado anterior se puede observar que F comenzó a tener registro de sus estados emocionales, a entender que se encontraba más angustiada, o que quería ser más independiente o tener otros objetivos sobre los que podría trabajar.

Se buscó como parte del tratamiento dentro del hospital de día reducir y eliminar los síntomas en el inicio de la fase psicótica (Monreal Guillorme & Yániz Igal, 2012). Dicha reducción se debió sobre todo a su terapia cognitiva así como al tratamiento farmacológico de Olanzapina y Clonazepam, también en parte a su adherencia al tratamiento y compromiso por querer mejorar.

Tabla 1.2 Evolución del estado emocional a través del inventario SCL-90

	Primera Toma	Segunda Toma	Tercera Toma
Ansiedad V. Bruto	2,70	1,70	0,60
Ansiedad percentil	75	63	45
Ansiedad fóbica V. Bruto	2,33	1,83	0
Ansiedad fóbica percentil	70	65	0
Hostilidad V.Bruto	1,33	1,33	0,6
Hostilidad percentil	55	55	50
Depresión V. Bruto	2,38	1,38	2
Depresión percentil	65	55	63

F tenía un nivel elevado en ansiedad y ansiedad fóbica al ingresar al hospital de día, sin embargo a los quince días de estar en tratamiento el nivel de ambos bajó casi estabilizándose, logrando eliminar el síntoma ansiedad fóbica a los tres meses de ingreso y reducir la ansiedad a valores casi normales. F se propuso en el primer mes sobre todo no solicitar el refuerzo, tratando de superar sus momentos de ansiedad respirando o conversando con su referente.

En relación con la hostilidad se puede observar que F presenta un nivel bajo en dicha categoría manteniéndose estable en las tres tomas.

Respecto de la depresión se dio una variación interesante ya que en al iniciar tratamiento F tenía un elevado nivel de depresión, a los quince días se redujo y a los tres meses volvió al mismo nivel del día de ingreso. Existen diversos estudios que describen un tipo de depresión psicótica que se da en los pacientes al comenzar a notar las dificultades que le brinda la enfermedad, si bien F no

presenta un cuadro de esquizofrenia, su cuadro de Bouffée Delirante le presenta similares limitaciones. En el caso de F el aumento de su depresión también coincidió con la disminución de la ansiedad y ansiedad fóbica que en el ingreso al hospital la abrumaba.

Mingote et al. (2007) consideran que en la fase subaguda o de recuperación, al existir cierta conciencia de enfermedad puede existir un incremento de la angustia por la percepción de la propia situación. En este caso la paciente debe concurrir a un centro u hospital de día, como sucedió en el caso de F para poder tratar dichos síntomas. Sería interesante determinar con el tiempo cómo evoluciona la depresión en el caso de F. Por otro lado es normal que ante la disminución de la ansiedad como sintomatología predominante del cuadro surjan otras alteraciones del estado anímico. También se debe considerar como lo detalla Ey (1965) que respecto de la alteración tímica, el humor se encuentra permanentemente alterado. En muchos casos puede pasar de un estado de euforia a un estado de gran angustia, próxima en algunos casos a la experiencia melancólica. Esto es lo que le sucede a F a lo largo del período de tres meses en el que se analiza su cuadro. Con el tiempo se determinará si el caso de bouffée delirante de F evolucionará hacia un trastorno del estado del ánimo, remitirá o volverá a recaer. Como se ha mencionado anteriormente el 30-40% de los pacientes que presentan un cuadro de Bouffée Delirante tienden a remitir, el 20% tiende a tener recurrencia, mientras que el 40-50% restante desarrolló sea esquizofrenia o trastorno bipolar (Castagnini & Berrios, 2009).

Si se analiza en conjunto las somatizaciones así como la evolución del estado emocional se puede observar que la evolución de F y su tratamiento en el hospital de día resultaron favorables ya que le permitieron reducir los síntomas considerablemente. La depresión fue la única categoría que aumentó que resulta lógico por lo explicado anteriormente.

Se considera de buen pronóstico para F que ella haya tenido un funcionamiento pre mórbido adecuado así como la presencia de pocos rasgos esquizoides pre mórbidos, factores desencadenantes severos (estrés, circunstancias vitales adversas), síntomas afectivos, inicio agudo del cuadro, poco aplanamiento afectivo,

duración breve de los síntomas, y ausencia de carga genética para esquizofrenia (Fernández Rodríguez, Ramos Ruiz & Malfavón, 2012).

5.5 Evolución de la paciente en relación al estado emocional y también su vinculación social con los otros pacientes en el taller de teatro durante un período de cuatro meses.

En este apartado se busca ver la evolución de F en relación a su estado emocional y vinculación con los otros pacientes en el taller de teatro. Se analiza un período de cuatro meses para poder observar bien su evolución.

El coordinador del taller está inmerso en una estructura, permite roles, espacios, está presente su escucha para poder intervenir. El coordinador funciona como facilitador de escenas, imágenes, a partir de las diferentes consignas que asigna. Dichas actividades permiten que el paciente tenga en cuenta al otro, genere ciertos tipos de vínculos. Lo que se busca es coordinar el taller con un fin terapéutico para el paciente (Neo, Dolce & Ratz).

El taller de teatro consta de dos momentos diferenciados: el primer momento que tiene una duración de media hora donde se comienza preguntándole a los pacientes cómo están, se realiza una ronda y se propone un juego de nombre zip zap boing conocido en teatro que sirve como para que los pacientes comiencen a enfocarse y prestar atención. Es importante el seguir las reglas ya que en caso de no hacerlas hay un proceso de eliminación. Para los nuevos ingresantes se les da la posibilidad de observar o participar en su primera clase de teatro.

La segunda parte de la clase cuenta con una consigna definida que va variando y muchas veces evoluciona o se continúa trabajando sobre ella a lo largo de varias semanas. Se trabaja también en grupos lo que favorece ampliamente la socialización.

En los juegos de interacción grupal se puede registrar la forma de inclusión del paciente en el mismo, el grado de decisión con el que ingresa, la ansiedad, angustia o miedo que le sucede al realizar dichas experiencias ya que de esta

manera se puede observar cómo el paciente logra vincularse, cómo fue su vida, cuáles son sus defensas (Grimson, 1983).

Se detalla en la guía de observación del anexo las siguientes categorías:

Si su ingreso al taller se realiza de forma voluntaria, si participa proactivamente del mismo, si realiza toda la clase, si entiende las consignas y por último sobre la interacción con los demás.

En su primera clase de teatro se le brindó a F la opción de observar la clase o de participar. Ella lo hizo de manera tímida, siguiendo las consignas, interactuando poco con sus compañeros.

Durante el primer mes F ingreso tímidamente a las clases, si bien participo lo hizo dentro de un marco contenido. Hacia fines del primer mes se notó un cambio en la actitud, período que coincide con la reducción de la sintomatología ansiosa lo que le permitió aprovechar mejor las clases de teatro y disfrutar de ellas. A medida que fueron pasando los meses F cada vez más tuvo un compromiso mayor con la actividad, participando proactivamente y disfrutando de su relación con sus compañeros dentro del taller. Se observó que F participaba muy a gusto en las consignas que eran para dos o tres participantes, reuniéndose en su mayoría con dos compañeras con las que se relacionaba bien.

Se puede decir que F tuvo un buen recorrido en el hospital de día y participó de buen grado en todos sus talleres, acorde a su sintomatología y también a sus variaciones de estado emocional. En el período que comenzó a deprimirse también coincidió con tener menos ganas de ingresar y participar dentro del taller. En varias ocasiones se pudo constatar en las anotaciones que se realizaron que en periodos donde no se encontraba bien salía frecuentemente al baño o a la enfermería con dolor de estomago en su mayoría, a pesar de afirmar todo el tiempo que teatro era su actividad preferida. En ninguna ocasión sin embargo, aún en sus peores momentos de ansiedad tuvo necesidad de salir a tomar un refuerzo de Clonazepam cómo si lo realizó en otras actividades grupales como la asamblea.

En todas las sesiones F se apoyaba en una compañera para poder trabajar bien e incentivada para hacer todas las consignas sugeridas por la coordinadora, muchas veces profiriendo quejas cuando no estaba de acuerdo o no le gustaba del todo la consigna.

6. CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo se realizó un recorrido histórico sobre el origen de la psicosis, término que surgió como convergencia de múltiples categorías: alienación, locura y demencia (Berrios, Beer, Malfavón, Ramos Ruiz & Fernández, 2012). Luego de pasar por varios autores como Kraepelin y Bleuler entre otros autores finalmente se delinearon un poco más la definición de los distintos trastornos psicóticos. Fueron Magnan y Ey que comenzaron a definir el concepto de psicosis aguda o Bouffée Delirante que resulta ser el centro de este trabajo. Ey (1965) describió el trastorno como una eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Propuso que el mismo cuadro presentaba somatizaciones tales como la suspensión de la menstruación en mujeres, algunos trastornos digestivos, hipotensión y disminución de eliminación urinaria (Ey, 1965). El delirio que se presenta en dicho cuadro es vivenciado por la persona como una experiencia cierta de donde surgen las fuertes reacciones afectivas que suceden a los delirios. La alteración tímica que el humor se encuentra permanentemente alterado. En muchos casos puede pasar de un estado de euforia a un estado de gran angustia, próxima en algunos casos a la experiencia melancólica.

A medida que se avanzó en la historia se pudo reflexionar sobre el espacio dedicado a dicho trastorno en las clasificaciones de psiquiatría actuales como lo son la CIE-10 bajo el nombre de cuadro psicótico agudo polimórfico, o no figurar como sucede en el caso de el DSMIV- TR y por último el DSM V.

En relación con la evolución del cuadro se pudo encontrar en diferentes estudios de acuerdo con Luque (2012) que sólo el 40-50% de los pacientes confirman su diagnóstico inicial de psicosis atípica, mientras que en varios casos puede

evolucionar en esquizofrenia o en un trastorno del estado del ánimo. Se pudo observar además que el mejor tipo de tratamiento para este trastorno o para cualquier tipo de psicosis es la detección temprana de manera de poder realizar un tratamiento integral farmacológico y terapéutico de modo de eliminar la sintomatología y evitar en algunos casos cualquier tipo de deterioro cognitivo o posible recaída. Se puede una vez más decir que el tratamiento psicológico busca promover la recuperación de aquellas personas que han comenzado con algunos síntomas psicóticos o impedir la progresión de aquellos que están en fase de riesgo (Vallina, Lemos & Fernández, 2006).

Se pudo determinar que la terapia cognitiva colabora en el proceso de demorar o prevenir el inicio de un episodio psicótico y también se muestra útil para acelerar la recuperación y disminuir la sintomatología de los episodios agudos, además de reducir la duración de su internación hospitalaria (Vallina, Lemos & Fernández, 2006). Además de poder ver que la mejor forma de tratamiento para este trastorno se da a través de forma ambulatoria o en un dispositivo ambulatorio cómo lo puede ser un hospital de día. El objetivo esencial del hospital de día es brindar una asistencia especializada y calificada de forma ambulatoria de manera de evitar la internación. Es importante que se trabaje de forma multi e interdisciplinaria para poder atender todas las necesidades que surgen de los pacientes (Bertrán, 2004).

En este proceso resulta trascendente sostener el rol del paciente cómo un agente de cambio de su vida. Respecto de la efectividad del dispositivo, un estudio en el 2001 concluyó que la recuperación de pacientes con trastornos psiquiátricos que asistían a hospital de día era considerablemente más rápida que la de aquellos que estaban internados en una facilidad psiquiátrica. Sin embargo no fue mejor el progreso respecto del funcionamiento social. A su vez se demostró que los hospitales de día resultaban más económicos que los hospitales de internación psiquiátrica con una reducción de costos que variaba de un 20% a un 36% (Marshall et al, 2001).

En la segunda parte del trabajo se buscó analizar varios objetivos de un caso que resultó interesante dentro de la práctica profesional en el hospital de día diagnóstico de Bouffée Delirante o trastorno psicótico agudo polimórfico.

Para poder abordarlo se generó un objetivo general sobre el caso y tres específicos: El objetivo principal fue describir y analizar la sintomatología de una paciente de veinticuatro años, con dos únicos episodios psicóticos con presunto diagnóstico de psicosis polimórfica aguda o Bouffée Delirante.

Los objetivos específicos que se determinaron para analizar el caso de presunto diagnóstico de Bouffée Delirante fueron tres:

En primer lugar describir y analizar la sintomatología de una paciente de veinticuatro años que ingresó al hospital de día luego de dos episodios psicóticos y el tratamiento indicado desde el mismo que consistió en buscar el alivio de la sintomatología y además generar un proceso de resocialización.

En segundo lugar comparar la evolución de las somatizaciones y del estado emocional de la paciente comenzando desde el ingreso a la institución, a los quince días y a los tres meses de su tratamiento.

Mientras que el tercer objetivo fue analizar la evolución de la paciente en relación al estado emocional así como su vinculación social con los otros pacientes en el taller de teatro durante un período de cuatro meses.

Si se analizan los tres objetivos en su conjunto se pudo describir y analizar el recorrido que realizó F en el hospital de día desde su ingreso hasta casi cuatro meses después, cómo se redujo la sintomatología, como evolucionaron ya sea las somatizaciones cómo el estado emocional así como su vinculación con sus compañeros y referente. Todos los objetivos se cumplieron en el desarrollo del trabajo.

Respecto de las limitaciones se puede decir que fueron varias: en la institución en primera instancia debido a la cantidad de pacientes y casos más urgentes o graves, no fue tan discutido el caso de F salvo casi al final de la práctica profesional. En relación con la temática elegida, si bien resultó interesante investigar sobre un tema como el de Bouffée Delirante, la psiquiatría moderna americana la descarta o no la considera limitando un poco los autores interesados en sostener la temática e investigar sobre dicho tema, cuestión que resultó evidente a mitad del desarrollo

del trabajo. Debido también a que dicho cuadro no genera deterioro cognitivo como en el caso de la esquizofrenia existe poco interés en seguir investigando sobre su tratamiento, por lo que al abordar el tema del mismo se tuvo que enfocar en la fase presicótica de la esquizofrenia para poder encuadrarlo de manera acertada.

Hubiese resultado más conveniente elegir otro tercer objetivo que fuera más relacionado con la Bouffée Delirante debido a que resultó un poco más difícil para desarrollar por estar basado en una guía de observación.

Resultó más sencillo analizar información más objetiva para los primeros dos objetivos tales como la entrevista de admisión, historia clínica y el inventario de síntomas SCL-90 así como el análisis de sus datos.

El balance respecto de la práctica realizada en el hospital de día es ampliamente positivo debido al gran aprendizaje y posibilidad de observar múltiples miradas sobre los mismos casos que generó una riqueza muy grande respecto a al conocimiento profesional. Los conocimientos obtenidos durante la carrera posibilitaron entender mejor cada caso y cada aspecto analizado por parte de los profesionales. Se dio un gran aprendizaje y posibilidad de observar múltiples miradas sobre los mismos casos que generó una riqueza muy grande respecto a al conocimiento profesional. Los conocimientos obtenidos durante la carrera posibilitaron entender mejor cada caso y cada aspecto analizado por parte de los profesionales.

Si se analiza el aporte del trabajo realizado se puede decir que la atención y mirada puesta en este caso sirvió para entender la tarea profesional del psicólogo clínico en un dispositivo como lo es el hospital de día, donde se analiza el caso en detalle, pero también de manera global viendo las interrelaciones de los distintos aspectos así como también la estrategia a seguir para llegar a cumplir los objetivos del tratamiento y la consiguiente alta de F del dispositivo.

El aporte que brinda este trabajo es la posibilidad de encontrar más material detallado en un caso de Bouffée Delirante así como un análisis del seguimiento desde el primer episodio psicótico a cuatro meses después, hecho que también

resulta interesante ya que muchas veces estos primeros episodios aislados pasan desapercibidos y no son tenidos en cuenta, sobre todo debido a la clasificación de la psiquiatría moderna americana.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). DSM IV TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.
- Berrios G., Beer D., Malfavón J., Ramos Ruiz F. & Fernández L.J. (2012). La noción de psicosis unitaria: una historia conceptual. En: Fernández L.J., Berrios G. & Yániz Igal B. *Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento.* (pp. 87-119) Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bertran G.F. (2004). Modalidades de hospital de día. En: Bertrán G. F (compilador). *Hospital de día. Particularidades de la clínica. Temas y dilemas.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Minerva.
- Bulbena A. (1998). Psicopatología de la afectividad. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona. Editorial Masson.
- Castagnini A. & Berrios G. (2009) Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259. 433–443. doi: 10.1007/s00406-009-0008-2.
- Casullo, M.M.(1999/2008) SCL-90-R. Adaptación UBA. Conicet. Buenos Aires. Departamento de Publicaciones. Universidad de Psicología.
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer System.
- Ey H. (1965). Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Masson.
- Fernández Rodríguez L.J, Ramos Ruiz F. & Malfavón J.A. (2012). El tratamiento biológico de las psicosis atípicas. En: Fernández L.J., Berrios G. & Yaniz Igal B. *Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento.* (pp. 303- 374) Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

- Grimson R. (1983). *La cura y la locura*. Buenos Aires. Ediciones Búsqueda S.A.E.I.C
- Gutiérrez López M., Sánchez Muñoz M., Trujillo Borrego A. & Sánchez Bonome L. (2012). Terapia cognitiva conductual en psicosis agudas. *Revista de la asociación española de la Neuropsiquiatría*. 32(114).<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200002>.
- Kaplan, Sadock B. & Sadock V. (2008). *Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperada de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/archivos/ley448.pdf
- Luque R. (2012). Bouffée Delirante. En: Fernández L.J., Berrios G. & Yaniz Igal B. *Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento*. (pp. 147-174) Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Maureso, P. (2012). Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios. *Vertex* 23 (102), 137-149.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2013). *Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico*. Recuperado de <http://www.ingesa.msc.es/en/estadEstudios/documPublica/psiquiatrico.htm>
- Mingote, Cuadrado, Huidobro, Gutiérrez García, Peciña & Gálvez Herrer (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y seguridad del trabajo* 58 (208). <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2007000300005>.
- Monreal Guillorme C. & Yániz Igal B. (2012). El tratamiento psicológico de las psicosis atípicas. En: Fernández L.J., Berrios G. & Yaniz Igal B. *Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento*. (pp. 303- 374) Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Neo N, Dolce E. & Ratz D. (2004). "Cómo pensar la lógica de los talleres expresivos para pacientes psicóticos dentro del dispositivo de hospital de día". En: Bertran G. F

(compilador). *Hospital de día. Particularidades de la clínica. Temas y dilemas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Minerva.

Organización Mundial de la Salud: CIE-10. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Pedrés Burillo A & Tenías Burillo J. M. (2012). Estudio de seguimiento a cinco años de la psicosis aguda: evolución diagnóstica y adaptación psicosocial. *Revista asociación española de Neuropsiquiatría*. 32 (114), 261-270. Doi: 10.4321/S0211-57352012000200004.

Pérez Escudero A., Gil Molina S., Camacho L. & García Cabeza I. (2010). Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes. *Clínica y Salud*. 21 (3), 271-283. doi: 10.5093/cl2010v21n3a5.

Pillman F., Haring A., Balzuweit S., Blöink R. & Marneros A. (2002). The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 525-533. Doi:10.1159/000049329.

Proyecto Suma (2013). Recuperado de <http://www.proyectosuma.org/area-clinica/10/hospital-de-dia>.

Sadock, B.J. y Alcott Sadock, M.D., (2009). Sinopsis de Psiquiatría. Baltimore. Lippincott Williams y Wilkins.

Slade, M (2009). Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals. New York. Cambridge University Press.

Sarraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos. México D.F. Editorial Pax México.

Taakaki, A., Otsuka K. & Kato S. (2006) Long-term clinical course of patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 60, 452–457. doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01531.x

Vallina O., Lemos S. y Fernández P. (2006) Detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24, 185-221.

Valdes M. (1998). Otros trastornos neuróticos psicósomáticos. En: Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Barcelona. Editorial Masson.

Wernicke, C. (1900). *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires. Polemos.

8. ANEXO

Protocolo Inventario de Síntomas SCL-90

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

Guía de observación del taller de teatro durante cuatro meses.

Ingresa voluntariamente al taller	Participa proactivamente	Participa de toda la clase	Entiende las consignas	Interactúa con los demás
1	1	1	4	2
2	3	4	4	2
2	3	4	4	3
3	3	4	4	4
4	3	3	4	4
4	3	4	4	4
4	3	3	4	3
4	3	4	4	4
4	3	2	4	4
4	5	4	4	5
4	4	4	4	5
5	5	5	5	5
5	4	5	5	3
5	5	5	5	4
4	4	4	4	4
5	5	5	4	4
4	5	4	5	4
4	4	5	5	5
5	5	5	5	5
5	4	5	5	5
5	5	5	5	5
3	3	3	3	3
2	4	3	5	3
3	4	4	4	5
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4

Referencias: 1: Muy poco .2: Poco.3: Regular.4: Bien 5: Muy bien.