



UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

TRABAJO FINAL INTEGRADOR EN LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA

SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE DÍA DE
UN CASO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

AUTOR

EUGENIA BECCIU

TUTOR

DR. EDUARDO LEIDERMAN

6 DE NOVIEMBRE DE 2014

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. Marco teórico	5
3.1. Historia de la esquizofrenia como trastorno psiquiátrico	5
3.2. Psicopatología de la esquizofrenia	7
3.2.1. Ideas delirantes	8
3.2.2. Alucinaciones	10
3.2.3. Pensamiento desorganizado	11
3.2.4. Comportamiento desorganizado	12
3.2.5. Síntomas negativos	13
3.2.6. Déficits cognitivos	15
3.2.7. Síntomas afectivos	16
3.3. Clasificación de la esquizofrenia del DSM-IV-TR y DSM-5	17
3.3.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR	17
3.3.1.1. Subtipos de la esquizofrenia	18
3.3.2. Criterios diagnósticos del DSM-5	20
3.4. Evolución y curso de la esquizofrenia	21
3.5. Tratamiento de la esquizofrenia	23

3.5.1. Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia	23
3.5.2. Tratamiento psicológico de la esquizofrenia	25
3.5.2.1. Terapia cognitiva-comportamental	26
3.5.2.2. Entrenamiento en habilidades sociales	28
3.5.2.3. Terapia grupal	28
3.5.2.4. Psicoeducación	28
3.5.3. Tratamiento en hospital de día de la esquizofrenia	29
4. Metodología	32
4.1. Tipo de estudio y diseño	32
4.2. Participantes	32
4.3. Instrumentos	32
4.4. Procedimiento	33
5. Desarrollo	34
5.1. Presentación del caso	34
5.2. Descripción de la sintomatología al ingresar al hospital de día	35
5.3. Descripción del tratamiento al ingresar al hospital de día	42
5.4. Comparación de la sintomatología al inicio del tratamiento en el hospital de día y a los 12 meses de iniciado el mismo	46
5.5. Evaluación del funcionamiento psicosocial a los 12 meses de iniciado el tratamiento en el hospital de día	48
6. Conclusiones	49

7. Referencias	52
8. Anexo	59

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional se realizó en un hospital de día ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha institución tiene como objetivo general construir alternativas para el alivio, restablecimiento e integración de personas con sufrimiento mental en el medio familiar, social y ocupacional, procurando trabajar conjuntamente con el paciente, su entorno y los profesionales involucrados.

El hospital de día constituye un dispositivo que ofrece un nivel de asistencia intermedia entre la internación psiquiátrica y el tratamiento ambulatorio. Los pacientes pueden ingresar en la unidad tanto luego de una internación psiquiátrica, como una forma de evitar una internación, debido a una reagudización de su sintomatología o como forma de salir del estancamiento de una situación crónica que abordajes menos intensos no logran revertir.

En el marco general de la institución se plantea como objetivo la recuperación del paciente con un cuadro psiquiátrico severo, entendiendo este proceso no solamente como la remisión sintomatológica del mismo sino también como la recuperación del funcionamiento psicosocial previo a la enfermedad.

La unidad consta de un programa intensivo de cinco días a la semana contando para los fines de semana con actividades generales comunes a los pacientes del centro. El programa, polivalente, consiste en abordajes psicoterapéuticos integrados de orientación psicoanalítica y cognitiva, terapias de rehabilitación social, terapias corporales, talleres y, en los casos necesarios, tratamiento psicofarmacológico.

La práctica se desarrolló en un período de 280 horas, cinco veces por semana en el turno de la tarde (13 a 17 horas). Durante la misma, se procedió a elegir un caso clínico de una paciente con un trastorno psiquiátrico severo (esquizofrenia paranoide). Tal elección responde, por un lado, a la prevalencia que se observa de dicho trastorno en el hospital de día en cuestión, y por el otro, al deterioro del

funcionamiento general propio del paciente esquizofrénico, tras lo cual resulta de superlativa importancia la administración de un tratamiento adecuadamente orientado hacia el restablecimiento del mismo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir la sintomatología y el tratamiento en un hospital de día de una paciente de 25 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Describir la sintomatología de una paciente de 25 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al ingresar al hospital de día.
- 2) Describir el tratamiento de una paciente de 25 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al ingresar al hospital de día.
- 3) Comparar la sintomatología de una paciente de 25 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al inicio del tratamiento en el hospital de día y a los 12 meses de iniciado el mismo.
- 4) Evaluar el funcionamiento psicosocial de una paciente de 25 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide a los 12 meses de iniciado tratamiento en el hospital de día.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Historia de la esquizofrenia como trastorno psiquiátrico

El concepto moderno de la esquizofrenia fue primero formalizado por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien la denominó *dementia praecox* aludiendo a su desarrollo temprano y evolución invariable hacia el deterioro cognitivo y comportamental del individuo (Andreasen & Carpenter, 1993). Esta categoría nosológica involucraba tres formas clínicas clásicas en que podía presentarse el trastorno (hebefrenia, catatonía y demencia paranoide), y que en la concepción kraepeliana se suponía de causa orgánica a pesar de estar lejos de poder conocerse su etiología (Decker, 2007).

Al mismo tiempo, Eugen Bleuler desarrolla una nueva teoría -que tuvo un gran impacto fundamentalmente en E.E.U.U. entre 1950 y 1970 y, por consiguiente, en el desarrollo del DSM-I y DSM-II- entendiendo que la característica fundamental de la entonces llamada *dementia praecox* era la disociación de las funciones psíquicas, motivo por el cual cambia el término por el de esquizofrenia. Consideraba que esta disociación psíquica era un síntoma de origen orgánico -al que denominó síntoma primario y fundamental- y a partir del cual se desarrollaban el resto de los síntomas que entendía que estaban psicológicamente determinados -a los que denominó síntomas secundarios y accesorios- y que podían presentarse de manera heterogénea, por lo que distinguió un grupo de esquizofrenias (Moskowitz & Heim, 2011).

Otra definición influyente de la esquizofrenia fue la de Kurt Schneider, quien desarrolló un sistema diagnóstico ateórico puramente orientado a su utilidad pragmática, que identificaba dos grupos de síntomas denominados de *primer rango* y *segundo rango* en relación a su relevancia diagnóstica. El primero incluía aquellos síntomas que consideraba que eran patognomónicos del trastorno, específicamente una serie de alucinaciones y delirios poco frecuentes y bizarros; y el otro agrupaba síntomas comunes a otros trastornos (Andreasen & Carpenter, 1993). Asimismo, en caso de ausencia de síntomas del primer rango, el trastorno podía ser diagnosticado en función del grupo de segundo rango y considerándose la presentación clínica general (Hoenig, 1983).

Estos tres modelos históricos de la esquizofrenia resultan de absoluta importancia en tanto aún siguen siendo la base sobre la cual actualmente se describe y diagnostica el trastorno (Peralta & Cuesta, 2003).

3.2. Psicopatología de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo que abarca un amplio abanico de síntomas pertenecientes a diferentes dominios mentales, como la percepción, el pensamiento, el lenguaje, la actividad motora, la afectividad, la voluntad y la motivación. Ningún síntoma o signo es patognomónico sino que su diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de los mismos (Kaplan, 1999). De esta manera, los individuos con dicho trastorno, pueden variar sustancialmente en la mayoría de sus características conformando perfiles clínicos de los más diversos.

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) -siendo el manual diagnóstico más influyente del mundo tanto en el ámbito clínico como en el de investigación (Peralta & Cuesta, 2003)- proponen un modelo de la esquizofrenia basado en la presencia de dos dominios sintomatológicos, a saber: *síntomas positivos* y *síntomas negativos*. Los síntomas positivos, definidos de manera genérica como un exceso o distorsión de las funciones normales, incluye los *síntomas psicóticos* (alucinaciones e ideas delirantes) y los *síntomas de desorganización* (comportamiento y lenguaje desorganizado); y los síntomas negativos, en tanto definidos como disminución o restricción de las funciones normales, incluyen el *aplanamiento afectivo*, *alogia* y *abulia* en el DSM-IV-TR, y *expresión emotiva disminuida* y *abulia* en el DSM-5.

Asimismo, numerosos estudios sugieren de manera consistente modelos de la esquizofrenia constituidos, además de por los síntomas positivos y negativos, también por los *síntomas cognitivos* y *síntomas afectivos*, en tanto éstos parecen constituir dominios bien separados del resto de los síntomas (Tamminga & Holcomb, 2005; Blanchard & Cohen, 2005; Weinberger & Harrison, 2011).

Brissos, Molodynski, Videira Dias y Figueira (2011) señalan que además de los diferentes síntomas distintivos de la esquizofrenia arriba mencionados, la presencia de déficits en el funcionamiento psicosocial constituye una característica central de este trastorno. En realidad, el diagnóstico de esquizofrenia se efectúa considerándose la presencia de estos déficits y dudosamente pueda diagnosticarse dicho trastorno si el paciente luego de un episodio psicótico logra alcanzar el nivel de funcionamiento previo. Tales déficits comprenden un pobre desenvolvimiento social, dificultades para mantener relaciones con el grupo familiar y amigos, y/o un inadecuado desenvolvimiento en el trabajo, pudiendo estar presentes desde el inicio temprano del trastorno, durante los episodios psicóticos agudos, y como parte del síndrome residual producido por la acumulación del deterioro concomitante al curso mismo de la esquizofrenia.

3.2.1. Ideas delirantes

Las ideas delirantes son “creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias” (American Psychiatric Association, 2002) y que no pueden atribuirse a la educación o nivel socio-cultural del individuo (Weinberger & Harrison, 2011). Una idea delirante comprende cuatro características: es objetivamente falsa, es idiosincrática, es ilógica, y es extraordinariamente sostenida aún con evidencias que la contradicen (Mueser & Jeste, 2008).

Generalmente suelen clasificarse según su contenido temático; entre ellos: de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos y de grandiosidad (Kaplan, 1993), siendo el primer tipo el más frecuente (American Psychiatric Association, 2002). En este último la persona puede creer que está siendo seguida, engañada, espiada o ridiculizada, es decir, incluye la idea de intención de daño físico o psicológico por parte de un tercero quien puede ser una o varias personas, o incluso no tratarse de nadie en particular sin poder especificarse el actor de tal amenaza. A su vez, las ideas de autorreferencia en tanto consisten en atribuir que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros

elementos del entorno están especialmente dirigidos a la persona, conformando así experiencias anómalas que muy a menudo están relacionadas con las creencias paranoides que el propio individuo pueda presentar (Freeman & Garety, 2004).

Existe un grupo de ideas delirantes consideradas extrañas –a las que el DSM-IV-TR otorga distinción diagnóstica- en tanto son claramente improbables e incomprensibles y no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Ejemplos de éstas son: las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo, la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza externa, o que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz (American Psychiatric Association, 2002).

Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington (2002) proponen un modelo cognitivo de las ideas delirantes persecutorias, estableciendo mecanismos multifactoriales de formación y mantenimiento de las mismas. Sobre éste último, sugieren que pueden dividirse en dos tipos: aquellos mecanismos orientados a obtener evidencias que confirmen las creencias y aquellos orientados a evitar o descartar evidencias que las desconfirman; a su vez, cuanto más presente estén estos factores de mantenimiento, mayor es la probabilidad de que el delirio se mantenga.

Entre algunas de las maneras en que dichos autores indican cómo pueden obtenerse evidencias confirmatorias es a través de la atención selectiva de situaciones ambiguas sobre las que la persona realiza interpretaciones que afirman la amenaza. Más aun, ciertos estudios sugieren que las personas con delirio persecutorio –e incluso, ansiedad social- presentan sesgos atencionales hacia información amenazante mostrando una tendencia a detectar y atender más rápidamente expresiones faciales amenazantes que otro tipo de expresiones (Vázquez, Sánchez & Provencio, 2009). De esta manera, las interacciones con otros pueden finalmente tornarse afectadas en cuanto la persona

indefectiblemente actuara en función del delirio, promoviendo así reacciones en los otros que confirman tales ideas (Freeman et al., 2002).

Por otro lado, el desarrollo de comportamientos que garanticen seguridad al individuo frente a sus ideas delirantes persecutorias, es decir, que disminuzcan la amenaza, es uno de los mecanismos principales puesto que están orientados a apartarlo de toda evidencia o situación que pueda confirmar estas creencias, lo cual colabora consiguientemente con el mantenimiento de las mismas en tanto entenderá que estos comportamientos efectivamente previnieron que tal daño o amenaza se consumara. Entre algunos de estos comportamientos se menciona la evitación, agresión, huida, denuncia, entre otros. A su vez, otro mecanismo muy frecuente en pos de evitar la desconfirmación del delirio se basa en el desarrollo de explicaciones que le permitan atribuir cierto sentido al hecho de que la amenaza o daño temido ciertamente no se consumara (Freeman et al., 2002).

Siguiendo la línea del modelo cognitivo del delirio persecutorio, Vázquez, Sánchez y Provencio (2009) señalan que las ideas delirantes persecutorias no son algo circunstancial dentro del trastorno sino que, al tratarse de un proceso fundamentalmente autorreferencial y que implica también a los demás, están relacionadas de esta manera con un sistema de creencias profundo referidas a uno mismo (autoesquemas) y al mundo en general (esquemas sobre el mundo), las cuales a su vez se vuelven esenciales para entender las ideas persecutorias de un individuo. Asimismo, dichos autores coinciden en que -aunque en los últimos años la investigación psicológica científica del delirio ha mostrado avances- existen actualmente diversos modelos psicológicos sobre las creencias persecutorias, entre los cuales se mantienen cuestiones centrales aún muy reñidas y sin resolver.

3.2.2. Alucinaciones

Una alucinación es la percepción de algo cuando en realidad nada existe objetivamente en el campo perceptual, es decir, es una percepción sin objeto

(Hirsch & Weinberger, 2003). Son claras y vívidas, experimentadas con la fuerza de una percepción normal, y están fuera del control voluntario del individuo. Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p.ej. auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son las más habituales (American Psychiatric Association, 2013). Éstas últimas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos del propio individuo. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p.ej. dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido consideradas especialmente características de la esquizofrenia en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002).

Waters et al. (2012) señalan que una de las características destacadas de las alucinaciones en pacientes esquizofrénicos es la imposibilidad de reconocerlas como productos de su propia mente; así consecuentemente estos fenómenos tienden a ser incorrectamente atribuidos a una causa externa, separada de los propios procesos mentales del individuo.

A su vez, Morrison (2001) indica que diversos estudios sugieren que el inicio de episodios alucinatorios está asociado a un aumento del arousal psicofisiológico; mientras que experiencias emocionales que involucran ansiedad, tristeza o enojo están relacionadas con el mantenimiento y aumento de experiencias alucinatorias.

3.2.3. Pensamiento desorganizado

Los trastornos formales del pensamiento refieren a alteraciones en la forma, estructura o procesamiento del discurso, en vez de en su contenido (Weinberger & Harrison, 2011). Pueden objetivarse en el lenguaje hablado o escrito de los pacientes. El pensamiento de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El individuo puede “perder el hilo” saltando de un tema a otro (*descarrilamiento*); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (*tangencialidad*); y, en raras

ocasiones, el pensamiento puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible (*incoherencia*) (American Psychiatric Association, 2013). También puede presentarse en forma de *retardo* en el que el individuo demora un tiempo considerable hasta poder contestar; *circunstancialidad* cuando el individuo da detalles innecesarios alejándose del punto central de una conversación; *bloqueo del pensamiento* en el que el individuo repentinamente experimenta un bloqueo que le impide seguir pensando; o *pensamiento ilógico* cuando el individuo da explicaciones bizarras a los eventos (Weinberger & Harrison, 2011).

De acuerdo al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), la desorganización en la esquizofrenia debe ser suficientemente grave como para dificultar de comunicación, puesto que cierta desorganización leve es bastante frecuente.

3.2.4. Comportamiento desorganizado

De acuerdo al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en una gran amplitud de formas. El individuo tiende a presentar problemas en todo comportamiento dirigido a un fin, lo que dificulta la realización de actividades cotidianas. También puede presentar un comportamiento sexual inapropiado (p.ej. masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada, o puede presentarse exageradamente despeinado o vestirse de una forma poco corriente (p.ej. llevar varios abrigos un día muy caluroso).

La catatonía, que refiere a una serie de movimientos, posturas y acciones cuyo común denominador es su carácter de involuntarios, constituye otra forma de desorganización del comportamiento (Hirsch & Weinberger, 2003). En la corriente edición del DSM, la catatonía es un especificador de la esquizofrenia (así como de otros trastornos) que se diagnostica en función de una lista de doce síntomas; a saber: catalepsia, estupor catatónico, rigidez catatónica, negativismo catatónico,

posturas catatónicas, agitación catatónica, estereotipias, ecolalia, ecopraxia, entre otras (American Psychiatric Association, 2013).

3.2.5. Síntomas negativos

Existe sobrada evidencia de que los síntomas negativos constituyen una dimensión separada de los síntomas positivos, cognitivos y afectivos en la esquizofrenia, y que a su vez es un constructo multidimensional; sobre lo cual, la definición de cuáles síntomas mejor representan dicha dimensión ha sido un tema muy investigado y de gran desacuerdo (Blanchard & Cohen, 2005).

En el 2006 se publicó la declaración de consenso NIMH-MATRICS (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter & Marder, 2006), auspiciada por el National Institute of Mental Health, en el que se establecen los síntomas negativos que conforman tal dimensión; a saber: *aplanamiento afectivo*, *alogia*, *retracción social*, *anhedonia* y *abulia*. Aplanamiento afectivo, refiere a una disminución o restricción de la expresión emotiva, que incluye la gama e intensidad de expresiones faciales, verbales y no verbales. Alogia, es una disminución de la producción o fluidez del habla. Retracción social involucra un interés, motivación y deseo disminuido por estar con otros; fundamentalmente puede identificarse ante la falta de relaciones significativas con amigos o familiares. La abulia es definida como un déficit en la capacidad para iniciar y sostener conductas dirigidas al cumplimiento de metas u objetivos; lo cual involucra tanto el deseo de lograr metas y la habilidad para continuar hasta alcanzarlas. Finalmente, la anhedonia es una disminución de la capacidad para experimentar como agradables o placenteras actividades que usualmente se disfrutan; sin embargo, en la esquizofrenia se sugiere más específicamente que lo que está alterado es la capacidad para anticipar el placer y no la capacidad para experimentar placer, sobre lo cual a su vez ciertos autores refieren que esta incapacidad de anticipar el placer responde más a la abulia que a la anhedonia en sí misma (Foussias & Remington, 2010; Elis, Caponigro & Kring, 2013).

A su vez Elis, Caponigro y Kring (2013) refieren que estudios de análisis factorial muestran que estos cinco síntomas negativos pueden reducirse en dos factores: 1) expresión disminuida, incluyendo los síntomas de aplanamiento afectivo y alogia; y 2) motivación y placer disminuidos, incluyendo los síntomas de abulia, anhedonia y retracción social. De esta manera, los mencionados autores señalan que la descripción de los síntomas negativos del DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2013) es equivalente a la establecida por el consenso NIMH-MATRICES, en tanto establecen los síntomas de aplanamiento afectivo y abulia como los más representativos de tal dimensión sintomatológica.

Buchanan (2007) refiere que hay dos tipos de síntomas negativos que fueron distinguidos por primera vez por Carpenter et al. (1985): los *síntomas negativos primarios* y los *síntomas negativos secundarios*. Ambos se diferencian en la etiología, duración y estabilidad; así los síntomas primarios son aquellos intrínsecos de la esquizofrenia y que son persistentes en tanto están presentes durante y entre los episodios de exacerbación de la sintomatología psicótica e independientemente de la medicación administrada; mientras que los síntomas secundarios están relacionados con, o supuestamente causados por, los síntomas positivos y afectivos, los efectos adversos de los antipsicóticos, el aislamiento social y otros factores asociados con la enfermedad y el tratamiento. A su vez, éstos últimos se presentan de manera notablemente fluctuante a lo largo de la enfermedad, y se sugiere que usualmente responden a la medicación en comparación con los primarios que debido a mecanismos patofisiológicos diferentes requieren ser tratados diferencialmente.

De esta manera, en cuanto los síntomas negativos primarios y secundarios se superponen, depende del juicio clínico –mediante la evaluación de la evolución de la enfermedad- considerar los síntomas negativos como parte del diagnóstico de la esquizofrenia o si son atribuibles a causas secundarias como se describió más arriba (American Psychiatric Association, 2002).

3.2.6. Déficits cognitivos

La presencia de déficits cognitivos es muy frecuente en la esquizofrenia y conforma una dimensión de alta relevancia, aún más que los síntomas positivos y negativos, en cuanto tienen un alto impacto en el funcionamiento general de la persona y, de esta manera, el nivel de deterioro cognitivo es un fuerte predictor del nivel de desempeño independiente y de las habilidades de una persona (Mueser & Jeste, 2008). Aunque también es de mencionar que ciertos síntomas negativos, particularmente, la abulia, parecen tener impacto en el funcionamiento cognitivo; de modo que diversos estudios han mostrado cierta correlación entre la presencia de síntomas negativos, déficits cognitivos y deterioro del funcionamiento general (Foussias & Remington, 2010).

La mayoría de los pacientes esquizofrénicos presentan déficits cognitivos de leves a moderados. Aunque no hay un patrón único y común que se manifieste por igual en todos los pacientes, pero déficits en la memoria de trabajo (Simon et al., 2007), la atención, el aprendizaje y la memoria visual y verbal, la velocidad del procesamiento y la cognición social son los mayormente predominantes (Tamminga & Holcomb, 2005). Estos síntomas generalmente se presentan tempranamente en la esquizofrenia (por eso, suele denominárselos síntomas tempranos), esto es en fases premórbidas o prodómicadas de la enfermedad, y por consiguiente, podrían ser indicadores del desarrollo de la misma (Harvey, Koren, Reichenberg & Bowie, 2006).

La evaluación de estos síntomas generalmente implica la administración de una batería de tests estandarizados de modo de poder medir una gama de funciones cognitivas. Asimismo, también se requiere analizar los resultados obtenidos de los tests a la luz de la historia clínica, observación del comportamiento, informes médicos y neurológicos, así como también información del funcionamiento psicosocial del paciente tanto en la fase premórbida como la actual (Muester & Jeste, 2008).

3.2.7. Síntomas afectivos

Aunque la esquizofrenia y la depresión conforman dos trastornos diferentes, se ha observado que síntomas propios de la depresión ocurren con bastante frecuencia en la esquizofrenia; sobre lo que estudios de análisis factorial han identificado una dimensión de sintomatología afectiva compuesta por los factores: síntomas depresivos o síntomas de depresión/ansiedad (Siris, 2000).

Asimismo, la depresión (o síntomas depresivos) en la esquizofrenia es heterogénea en cuanto puede tener múltiples causas (entre ellas, médicas u orgánicas, secundaria al uso de neurolépticos y depresión postpsicótica) por lo que su tratamiento requiere de un apropiado diagnóstico diferencial. Los síntomas negativos de la esquizofrenia se superponen notoriamente con las características propias de los síntomas depresivos, de modo que diferenciarlos resulta ser algo complejo. Pero cuando el cuadro depresivo se presenta próximo y posterior a un evento estresante al que la persona reaccionó con un cambio en el estado de ánimo –ya sea conformando un cuadro agudo o crónico (síndrome de desmoralización)- es un indicador del rol desencadenante del evento y de la naturaleza psicológica de tales síntomas depresivos; aunque éstos mismos también pueden significar un estado previo a un episodio de exacerbación de los síntomas psicóticos por lo que, en tal caso, se declarará por sí mismo próximamente (Siris, 2000).

A su vez, los síntomas depresivos o de ansiedad pueden estar directamente relacionados con el contenido de las ideas delirantes en tanto contribuyen al mantenimiento y exacerbación de estados emocionales. Esta relación entre las ideas delirantes y la depresión es consistente con observaciones que demuestran que la depresión es frecuentemente comorbida con la agudización de los síntomas psicóticos y que asimismo remite con la remisión de éstos últimos (Freeman et al., 2002).

3.3. Clasificación de la esquizofrenia del DSM-IV-TR y DSM-5

La corriente edición (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) fue publicada recientemente en el mes de Mayo de 2013, sucediéndole a la cuarta edición publicada en 1994 y sobre la cual se han efectuado ciertas revisiones. El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se desarrolló con el propósito de superar las limitaciones de la edición anterior integrando las evidencias clínicas y avances científicos en materia de los trastornos mentales, teniendo como prioridad asegurar el mejor tratamiento posible para los pacientes y mejorar su utilidad tanto en el ámbito clínico como en el de investigación (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013).

La categoría de la esquizofrenia del DSM-IV-TR ha demostrado ser clínicamente útil y de elevada confianza y validez media; por consiguiente, sólo se han realizado cambios específicos manteniendo la mayor parte de los criterios diagnósticos. En efecto, la mayoría de aquellos pacientes que reunían (o no) los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR también deberían reunir (o no) los criterios según el DSM-5 (Tandon et al., 2013).

A continuación se describen de manera separada los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

3.3.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

Los seis criterios diagnósticos (A-F) de la esquizofrenia del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) indican que la alteración debe presentarse durante al menos seis meses (Criterio C), y que debe incluir al menos un mes (o un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) de fase activa caracterizada por la presencia de al menos dos síntomas de los cinco síntomas característicos (Criterio A), a saber: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p.ej. descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia). En caso de que se trate de ideas delirantes extrañas o

alucinaciones que consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o comportamientos de la persona, o dos o más voces conversan entre sí, no se requiere la presencia de ningún otro de los síntomas característicos arriba mencionados. Este período mínimo de duración de seis meses, puede además incluir períodos de síntomas prodrómicos y residuales que pueden manifestarse a través de sólo la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas del Criterio A pero de manera atenuada.

A su vez, es necesario que la persona presente una marcada disfunción social o laboral en relación al nivel de actividad alcanzado previamente al inicio del cuadro, ya sea en las relaciones interpersonales, trabajo, estudio o el cuidado de sí misma (Criterio B).

La alteración no debe poder explicarse por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ni se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E). Y en el caso de personas con diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de la esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes (Criterio F).

3.3.1.1. Subtipos de la esquizofrenia

La cuarta edición del DSM (American Psychiatric Association, 2002) contempla cinco subtipos de la esquizofrenia que se diagnostican en función del cuadro clínico que presenta el paciente al momento de la evaluación y, que por tanto, tal diagnóstico puede variar con el tiempo.

- 1) Subtipo paranoide. El tipo paranoide se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en tanto manifiesta una conservación relativa de la capacidad cognitiva y de la afectividad. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente, generalmente de temática persecutoria, de grandeza, somatización,

etc. También las alucinaciones habitualmente están relacionadas con el contenido de la temática delirante.

- 2) Subtipo desorganizado. El tipo desorganizado se caracteriza por la presencia de lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada. El comportamiento desorganizado suele presentarse en forma de muecas, manierismos, e incapacidad para orientarse hacia un objetivo lo cual puede dificultar la realización de actividades de la vida cotidiana. Si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en relación a un tema coherente.
- 3) Subtipo catatónico. La característica principal del tipo catatónico es una marcada alteración psicomotora, pudiendo tratarse de inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
- 4) Subtipo indiferenciado. Este subtipo se diagnostica en caso de que no se cumplan los criterios de los tipos paranoide, desorganizado o catatónico
- 5) Subtipo residual. Este subtipo se caracteriza por la presencia de síntomas negativos (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje o abulia), y la ausencia (o presencia atenuada) de síntomas positivos. Ha habido al menos un episodio de esquizofrenia.

Estos tipos de esquizofrenia mencionados se han eliminado en la quinta edición del manual porque han mostrado una estabilidad diagnóstica limitada y no han respondido diferencialmente al tratamiento (Tandon et al., 2013). En su lugar, se propuso el uso de dimensiones psicopatológicas que permiten evaluar cuantitativamente la gravedad actual de los síntomas primarios de las psicosis (ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos), lo cual permitiría una mejor descripción de la complejidad sintomatológica.

3.3.2. Criterios diagnósticos del DSM-5

Los cinco síntomas característicos (Criterio A) para el diagnóstico de la esquizofrenia con el requerimiento de al menos dos de esos síntomas presentes por al menos un mes han sido mantenidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Tres cambios se realizaron, a saber:

- 1) Eliminación del tratamiento especial de las ideas delirantes raras y las alucinaciones propias del “primer rango” de Schneider, en tanto se demostró que no tienen especificidad diagnóstica y son tratados como cualquier otro síntoma positivo (Tandon et al., 2013).
- 2) Reconsideración de los síntomas negativos, por considerarse que los términos abulia y expresión emotiva disminuida describen mejor la sintomatología negativa de la esquizofrenia en lugar de aplanamiento afectivo y alogia.
- 3) Agregado del requisito de que al menos uno de los dos síntomas del Criterio A sea ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado, por considerarse síntomas de elevada confianza para el diagnóstico de esquizofrenia (Tandon et al., 2013).

En relación a los Criterios B, C, D y E no se han modificado de acuerdo al DSM-IV-TR.

El Criterio F presenta un cambio pequeño en cuanto agrega el caso de haber antecedentes de un trastorno de la comunicación (junto con antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de otro trastorno generalizado del desarrollo ya descritos en el DSM-IV-TR), pues éstos pueden presentar síntomas negativos o lenguaje desorganizado por lo que necesitan la misma especificación para el diagnóstico adicional de esquizofrenia.

3.4. Curso y evolución de la esquizofrenia

Tradicionalmente se ha considerado que el curso de la esquizofrenia indefectiblemente se dirigía hacia el deterioro progresivo. Sin embargo, estudios longitudinales han demostrado que el curso de este trastorno puede variar sustancialmente (Shepherd et al., 2012) e incluso puede ser tratado exitosamente (Mueser & Jeste, 2008).

El curso de la esquizofrenia típicamente comienza con el inicio y acumulación de una multiplicidad de síntomas, que incluye síntomas negativos, afectivos, cognitivos, retraimiento y disfunción social, y síntomas positivos atenuados; que se denomina fase prodrómica. Los síntomas prodrómicos por ser tan inespecíficos no pueden considerarse diagnósticos; sino que la esquizofrenia puede recién diagnosticarse tras la aparición franca del primer episodio psicótico (PEP), es decir, aquel en el que los síntomas positivos se presentan de manera aguda. Generalmente el diagnóstico se realiza, en promedio, luego de un año del PEP que es cuando la mayoría tiende a ir en búsqueda de tratamiento; y si se considera el tiempo desde la fase prodrómica, el diagnóstico demora cerca de tres años (Lieberman et al., 2001). El tiempo de duración sin tratamiento del episodio psicótico (DUP por sus siglas en inglés) y de la enfermedad (DUI por sus siglas en inglés) se considera un indicador del pronóstico del curso de la esquizofrenia luego del PEP, en tanto cuanto mayor es la duración de ambos se observaron remisiones demoradas o incompletas, mayor probabilidad y severidad de las recaídas, hospitalizaciones más prolongadas y mayor deterioro funcional global (Mueser & Jeste, 2008). Más aun, estudios realizados con pacientes esquizofrénicos que han permanecido por varios años sin tratamiento, se verificó que aquellos con un DUP mayor a cinco años mostraban diferencias significativas en los resultados alcanzados -tanto en relación al funcionamiento psicosocial como en la sintomatología- luego de un año de tratamiento (Tirupati, Rangaswamy & Raman, 2004).

Asimismo, la mayoría luego del PEP alcanza una remisión sintomática pero muy pocos logran mantenerla, siendo que la mayoría tiene uno o más episodios psicóticos posteriormente a lo largo de su vida en forma de recaídas (Mueser & Jeste, 2008). Sobre esto, Lader (1995) refiere que la recaída es un término relativo que implica la agudización de la sintomatología psicótica, así como del comportamiento y funcionamiento general de la persona luego de un período de remisión, pudiendo a su vez seguir patrones específicos en cada paciente; y su diagnóstico requiere de ciertos datos fundamentales: 1) el estado clínico del paciente antes del inicio de la enfermedad; 2) el nivel de funcionamiento antes del presente episodio; 3) la gravedad, duración y consecuencias en el funcionamiento general de los síntomas; 4) aparición de algún síntoma o patrón comportamental nuevo; y 5) el tipo de tratamiento administrado antes y durante la recaída.

A su vez, las recaídas suelen ser abruptas por lo que numerosos estudios retrospectivos han tratado infructuosamente de establecer precursores que permitieran evitar o aminorar la recurrencia de estos episodios. Sí se han identificado múltiples factores de riesgo desencadenantes de recaídas, entre ellos, el más común es la discontinuación de la medicación antipsicótica (Emsley, Chiliza, Asmal & Harvey, 2013); pero también han sido consistentemente asociadas a eventos estresantes y vínculos familiares altamente afectivos en los que predominan comentarios críticos, sobreprotección u hostilidad en tanto los pacientes esquizofrénicos tienden a presentar una mayor reactividad emocional, lo cual a su vez reforzó la aceptación del modelo de estrés-vulnerabilidad de la esquizofrenia (Mueser & Jeste, 2008; Morrison, 2001). Entre otros predictores se consideran el número de recaídas anteriores, el DUP (King & Dixon, 1999) y la severidad de síntomas depresivos (Mueser & Jeste, 2008).

Numerosos estudios indican que las sucesivas recaídas contribuyen a aumentar el nivel de deterioro general, tanto a nivel cognitivo, afectivo y social; y por consiguiente, los pacientes van aumentando progresivamente su nivel de deterioro en la forma de síntomas residuales que persisten desde la fase prodrómica (Mueser & Jeste, 2008). Asimismo, aunque el patrón de deterioro es

progresivo y va aumentando en su forma residual, es significativamente más predominante durante el período prodrómico y los primeros cinco o diez años posteriores al PEP; luego la enfermedad se estabiliza y alcanza un periodo meseta hasta que fundamentalmente en la vejez se observa un aumento considerable del deterioro aunque puede haber exacerbaciones a lo largo de la vida (Lieberman et al., 2001).

Sin embargo, la cronicidad no es el único final posible de la esquizofrenia; sino que los pacientes pueden alcanzar un nivel de funcionamiento que los aleja de su calidad de enfermos. El “Remission in Schizophrenia Working Group” (Andreasen et al., 2005) trabaja desde el 2003 para desarrollar una distinción consensuada de lo que una *remisión* y una *recuperación* implican en la esquizofrenia. Así consideran que la *remisión*, por un lado, implica alcanzar un nivel lo suficientemente bajo de la sintomatología de modo que no interfiera en el comportamiento del individuo y que esté por debajo de los criterios diagnósticos; y por el otro, la *recuperación* es un concepto más demandante en cuanto implica que la persona pueda desenvolverse en la comunidad tanto a nivel social como laboral y vocacional. De cualquier manera, las remisiones tienden a ser limitadas en el tiempo al ser sucedidas por períodos de recaídas que van alejando a la persona de su nivel de funcionamiento inicial pre-prodrómico (Davidson, Schmutte, Dinzeo & Andres-Hymman, 2008).

3.5. Tratamientos de la esquizofrenia

3.5.1. Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia

La medicación antipsicótica, actualmente, constituye el tratamiento indispensable de la esquizofrenia. Su uso se distingue en relación al tratamiento de los episodios psicóticos agudos y el tratamiento de mantenimiento (Michigan Implementation of Medication Algorithms, 2004).

Los antipsicóticos (AP) actuales se dividen en dos grandes grupos: antipsicóticos de primera generación (FGAs por sus siglas en inglés) y

antipsicóticos de segunda generación (SGAs por sus siglas en inglés). Los FGAs tienen una alta incidencia de efectos adversos, que incluyen el letargo, sedación, aumento de peso, disfunción sexual, y fundamentalmente síntomas extrapiramidales (EPS) los cuales pueden resultar incapacitantes; entre ellos el parkinsonismo, acatisia, distonía, y disquinesia tardía. Por su lado, los SGAs están asociados a menores EPS y una mayor efectividad en el tratamiento de los síntomas negativos y depresivos, y una mejor calidad de vida; aunque, presentan como principales efectos adversos el aumento de peso, enfermedades metabólicas y cardiovasculares (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Asimismo estudios sugieren que los SGAs no constituyen un grupo homogéneo, puesto que presentan diferentes propiedades en relación a los efectos adversos, eficacia y costo (Leucht et al., 2009).

Numerosos estudios indican el beneficio de diversos AP para el tratamiento temprano de la esquizofrenia desde el PEP. Más aún, la administración de un tratamiento efectivo los primeros cinco años luego del PEP resulta crucial para el buen pronóstico del paciente, en tanto se considera un período crítico asociado a un aumento sustancial del deterioro (Janick, Marder, Tandon & Goldman, 2014). En efecto, siendo el abandono al tratamiento un problema recurrente en pacientes esquizofrénicos (Valenstein et al., 2004), asegurar la adherencia al mismo resulta prioritario. Para ello se han identificado diversos factores que permiten predecir una mejor adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Entre ellos se encuentran la presencia de menos efectos adversos, conciencia de enfermedad, necesidad subjetiva de tratamiento, relación terapéutica con el psiquiatra, y atribución del trastorno a causas biológicas (Wiesjahn, Jung, Lamster, Rief & Lincoln, 2014). Las recaídas y hospitalizaciones son consecuencias comunes de la falta de adherencia a la medicación antipsicótica (Olfson et al., 2011).

El uso continuado de AP en la forma de dosis adecuadas de mantenimiento permite prevenir recaídas o el aumento de síntomas. La detención abrupta del tratamiento antipsicótico en pacientes esquizofrénicos, aumenta el riesgo de recaídas al corto o mediano plazo, o incluso su abandono gradual lleva a recaídas

en un periodo no menor a seis meses en el 50% de los pacientes (Viguera, Baldessarini, Hegarty, Kammen & Tohen, 1997). Por consiguiente, salvo contraindicación (p.ej. por sensibilidad a efectos adversos), debe continuarse el uso de AP en dosis de mantenimiento a lo largo de la enfermedad. Todos los AP son efectivos para la prevención de recaídas en comparación con medicación placebo, aunque no se identifica ningún AP en particular que sea más efectivo que cualquier otro (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Se han desarrollado numerosos algoritmos psicofarmacológicos que orientan el tratamiento de la esquizofrenia; entre ellos el algoritmo de Texas es uno de los más utilizados (Argo et al., 2008). El mismo establece un régimen de fases a seguir para la medicación antipsicótica, el cual se aplica en el paciente en función de su respuesta al tratamiento. También, siendo muy frecuente la presencia de trastornos o síntomas asociados comórbidos en la esquizofrenia, el algoritmo de Texas indica un tratamiento farmacológico específico y adecuado para los mismos. En el caso particular de depresión o síntomas depresivos indica el mismo tratamiento que para un episodio de depresión mayor (Argo et al., 2008).

3.5.2. Tratamiento psicológico de la esquizofrenia

En las últimas tres décadas fundamentalmente, los abordajes psicológicos y psicosociales han ganado peso en el tratamiento de la esquizofrenia. Esto se explica, por un lado, debido al reconocimiento de la importancia de factores psicológicos tanto en el desencadenamiento como en la persistencia de la psicosis, como así también para lidiar el impacto producido en la vida del paciente al recibir un diagnóstico de esquizofrenia. Por otro lado, los AP han mostrado una serie de limitaciones, que incluyen remisiones sintomatológicas incompletas (tanto de los síntomas positivos como negativos), altas tasas de recaídas (aun cuando la adherencia es monitoreada), alta incidencia de efectos adversos y baja adherencia a los mismos (National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Pfammatter, Junghan & Brenner, 2006). Más aún, estudios muestran que aquellos pacientes que reciben un tratamiento combinado de medicación y psicoterapia presentan un

menor riesgo de recaídas, menores tasas de abandono del tratamiento, mayores niveles de *insight*, calidad de vida y funcionamiento psicosocial, en comparación con pacientes que sólo reciben medicación (Guo et al., 2010).

Es muy frecuente el uso combinado de diferentes intervenciones psicológicas o psicosociales, lo que se denomina abordaje multimodal, con fines de aumentar la efectividad de los resultados (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Actualmente el desarrollo de cada vez más intervenciones, tanto farmacológicas como psicosociales, está aumentando las expectativas en relación a los resultados que los pacientes esquizofrénicos pueden alcanzar a largo plazo (Nasrallah, Targum, Tandon, McCombs & Ross, 2005).

A continuación se describen algunas intervenciones psicosociales frecuentemente implementadas y efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia.

3.5.2.1. Terapia cognitiva-comportamental

La terapia cognitiva-comportamental (TCC) de la esquizofrenia está basada en los mismos principios que los desarrollados primariamente para el tratamiento de la depresión por Beck. Este modelo sugiere que la forma en la que interpretamos los eventos tiene consecuencias en cómo nos sentimos y comportamos, y que estas interpretaciones están influenciadas por creencias nucleares derivadas de las experiencias de vida. Por añadidura, los diferentes modelos cognitivos de la psicosis sugieren que la forma en la que los sujetos interpretan los fenómenos psicóticos determinan la disfuncionalidad y malestar asociado, más que los que estas experiencias psicóticas son por sí mismas (Mueser & Jester, 2008).

El primer objetivo principal de la TCC es reducir la angustia resultante de la mala interpretación de los síntomas psicóticos, y no intentar reducir estos síntomas. En esencia, el trabajo está orientado a modificar la relación del paciente con las experiencias psicóticas, de modo que sean menos problemáticas (Mueser & Jester, 2008). Para ello es importante la identificación de eventos problemáticos

para el paciente, para poder examinar colaborativamente con él los pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a los mismos, y el ambiente en que éstos suceden. Esto provee información vital acerca de cómo significa estas experiencias y cómo consecuentemente se siente. Con ello se intenta ayudar a que el paciente sea más flexible cognitivamente, y que pueda cambiar la manera en que evalúa los pensamientos y síntomas, y considerar explicaciones alternativas de las experiencias psicóticas. A su vez, la terapia estará guiada por el cumplimiento de una lista de objetivos planteados conjuntamente con el paciente en relación a sus problemas evaluados.

La TCC aplicada en pacientes psicóticos frecuentemente asume una mayor dificultad para lograr una alianza con tales pacientes –lo que es condición necesaria para avanzar en el proceso terapéutico- a la vez que la rigidez cognitiva que suelen presentar hace que por lo general sea menos directiva, resultando así un tratamiento cuya duración en psicóticos es normalmente mayor a un año como mínimo (Mueser & Jeste, 2008).

Con respecto a la efectividad de la TCC, varios estudios se han realizado para medir los resultados obtenidos luego de un tratamiento de este tipo. Shean (2013) señala que la TCC de tipo individual, junto con un tratamiento farmacológico adecuado, permite reducir modestamente los síntomas psicóticos y mejorar el funcionamiento social. Más aún Bustillo, Lauriello, Horan y Keith (2001) señalan que combinada con el uso de AP permite reducir significativamente más rápido y en mayor medida los síntomas psicóticos durante episodios agudos. Asimismo, no ha mostrado ser consistentemente efectiva para el tratamiento de los síntomas negativos (Shean, 2013), lo que se corresponde con la guía de tratamiento de la American Psychiatric Association que asume que no hay hasta el momento tratamientos de eficacia probada para los síntomas negativos (Elis et al., 2013). Aunque, por su lado, Turkington et al. (2007) sugieren que este tipo de terapia permite reducir los síntomas positivos y negativos en aquellos pacientes con resistencia a la medicación.

3.5.2.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales son la materia prima de la competencia social, la cual refleja un sentido de autoeficacia producto de la acumulación de experiencias sociales favorables. Estas habilidades son predominantemente aprendidas a lo largo de las diferentes experiencias de vida. En este sentido, el entrenamiento en habilidades sociales es una técnica basada en principios de la terapia conductista que procura el aprendizaje de las mismas dentro de un espacio terapéutico para su posterior aplicación en espacios sociales reales (Kopelowicz, Liberman & Zarate, 2006). Actualmente este tipo de tratamiento ha sido empíricamente validado para un amplio abanico de trastornos mentales, por lo que resulta una técnica central para remediar el pobre funcionamiento social de muchos pacientes esquizofrénicos. Aunque muchas discusiones se han llevado a cabo en relación al impacto que este tratamiento verdaderamente pueda tener en la vida social de los pacientes, en el sentido de su generalización y aplicación a espacios sociales reales, y si posibilitan el desenvolvimiento social en áreas más demandantes como la amistad, pareja, trabajo, etc (Kern, Glynn, Horan & Marder, 2009).

3.5.2.3. Terapia grupal

La psicoterapia grupal puede resultar beneficiosa para el tratamiento de la esquizofrenia, fundamentalmente por permitir la exposición del propio padecimiento frente a otros -quienes en cierta medida sufren de experiencias similares- y poder dar y recibir opiniones de los otros pacientes en un espacio terapéutico de apoyo. Asimismo esta modalidad grupal puede resultarle aversiva a aquellos pacientes con ideación paranoide y de autorreferencia; al igual que los síntomas negativos pueden constituir un obstáculo a la hora de involucrarse y comprometerse con el grupo (Mueser & Jeste, 2008).

3.5.2.4. Psicoeducación

La psicoeducación fue desarrollada para aumentar el conocimiento de cierta enfermedad y su tratamiento, lo cual supone que permitiría un manejo más

efectivo de la enfermedad tanto por parte del paciente como de su familia y cuidadores (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011). En el caso de la esquizofrenia, la psicoeducación está orientada a aumentar el nivel de *insight*, la adherencia al tratamiento, los síntomas, recaídas, y el conocimiento y comprensión de la enfermedad (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Existen numerosos estudios que demuestran una clara superioridad de aquellos tratamientos que incluyen intervenciones de psicoeducación para las familias (Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006). Más aún, ciertas guías de tratamiento, como la de la American Psychiatric Association, consideran que la psicoeducación debe conformar parte del tratamiento estándar de la esquizofrenia tanto en las fases agudas como en las de remisión (Bauml et al., 2006).

3.5.3. Tratamiento en hospital de día

El modelo de hospital de día comienza en Rusia en 1933 como consecuencia de la falta de camas en los hospitales en aquel momento. Seguidamente, el hospital de día se convirtió en un sustituto de la hospitalización completa más que un modelo de tratamiento que respondía a explicaciones teóricas. Recién en la década del '60 se observa un crecimiento sustancial en el número de hospitales de día alrededor del mundo, lo cual en parte responde al desarrollo de psicofármacos más efectivos que permitían un mayor control de los síntomas y por tanto acercaban a los pacientes psiquiátricos a otras formas adicionales de tratamiento que fueron incluidas y adaptadas al formato del hospital de día. A su vez, comenzaron a desarrollarse investigaciones y estudios que reivindicaban el valor de un abordaje más humanista del tratamiento psiquiátrico, avalando sistemas menos restrictivos que permitieran mantener al paciente incluido en la sociedad y evitar así su aislamiento. Con ello, y sumado al menor costo económico del modelo, se fueron desarrollando políticas de desinstitucionalización en varios países (Whitelaw & Perez, 1987).

Thornicroft, Szmukler y Mueser (2011) definen al hospital de día como un tratamiento ambulatorio de tiempo limitado, y que ofrece un programa terapéuticamente intensivo, coordinado y estructurado, orientado a pacientes con trastornos mentales. Especialmente resulta efectivo para pacientes con dificultades severas en el funcionamiento social y laboral, pues comprende un programa terapéutico que involucra tanto la remisión de los síntomas como el mejoramiento del funcionamiento general del paciente.

En función de las necesidades clínicas de los pacientes, Thornicroft, Szmukler y Mueser (2011) distinguen cuatro funciones del hospital de día:

- El hospital de día como alternativa para pacientes agudos, en tanto en ciertos casos, puede funcionar como sustituto de una hospitalización.
- El hospital de día como tratamiento posterior a una hospitalización, lo que permite un cuidado más intensivo y estructurado del paciente ambulatorio.
- El hospital de día como tratamiento adicional del paciente ambulatorio que no requiere hospitalización.
- El hospital de día como tratamiento de rehabilitación a largo plazo para pacientes crónicos.

En relación a la efectividad de los hospitales de día, estudios sugieren resultados superiores en cuanto a la mejoría sintomatológica y funcionamiento social de los pacientes que utilizan este dispositivo en comparación con un tratamiento ambulatorio; aunque se advierte que habiéndose medido en una población heterogénea resulta difícil generalizar tal efectividad. Entre algunos de los efectos terapéuticos mencionados por los pacientes, se encuentran el contacto interpersonal, control de la medicación, catarsis, altruismo, conexión con la comunidad y la autonomía (Thornicroft, Szmukler & Mueser, 2011).

Los programas de hospitales de día normalmente incluyen el recurso de talleres o actividades artísticas para promover el diálogo e interacción entre los

pacientes, así como también favorecer la propia expresión y vinculación con nuevas experiencias (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Entre ellos se distinguen la Musicoterapia, Dramaterapia y Arteterapia, que debido a la demanda por prácticas basadas en evidencia, están llevándose a cabo recientemente cada vez más investigaciones en pos de medir los efectos terapéuticos en diferentes poblaciones (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013).

La Musicoterapia, al utilizar como medio la música, se le atribuye un efecto potencialmente sustancial en la regulación de las emociones. Estudios que analizan las experiencias de pacientes que concurren a espacios de Musicoterapia indican que es extensamente experimentada como: 1) un momento de disfrute y bienestar que promueve el sentido de motivación y esperanza por el futuro; 2) un espacio de inclusión social, promovido por el trabajo en equipo y la participación que las actividades demanda; 3) movilización y expresión de emociones positivas a través de la música; y 4) fortalecimiento de la propia identidad y sentido de ser alguien (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013).

La Dramaterapia por su lado, se observó que promueve el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales y, en el caso de pacientes psiquiátricos, contribuye al aumento de la competencia social. Al involucrar actividades de dramatización contribuye a aumentar la confianza y autoestima, al igual que el desarrollo de la espontaneidad y creatividad (Hackett & Bourne, 2014).

Otra modalidad de intervención, constituye la involucración de las familias en el tratamiento, sobre lo cual existen numerosas y variadas intervenciones familiares que han mostrado ser consistentemente efectivas fundamentalmente en la disminución del nivel de recaídas y hospitalizaciones. Esto en parte se explica por el hecho de que la familia es frecuentemente el grupo de convivencia de los pacientes esquizofrénicos, de modo que constituye un factor clave en la evolución y resultados del tratamiento (Mueser & Jeste, 2008). La terapia multifamiliar es una de las intervenciones familiares más estudiadas e implementadas, que fundamentalmente ofrece apoyo y contención social a las familias, las cuales al

padecer problemáticas similares, contribuye a la normalización y a que puedan lidiar mejor con el curso mismo de la enfermedad (Janick, Marder, Tandon & Goldman, 2014).

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio y diseño

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, y de diseño no experimental.

4.2. Participantes

La paciente elegida ingresó al hospital de día en el mes de Junio de 2013. Tiene 25 años y es hija adoptada (al mes de su nacimiento), cuya madre biológica tiene diagnóstico de esquizofrenia. Actualmente vive con su madre divorciada. Tiene un hermano mayor de 38 años, no adoptado, quien está casado y tiene una hija. Ingresó al hospital de día por derivación de su psiquiatra tratante tras abandonar la carrera universitaria por dificultades para estudiar y relacionarse, lo cual agudizó su sintomatología. Tanto la familia como la paciente tienen muy buenas expectativas respecto al tratamiento en la institución.

4.3. Instrumentos

Se trabajó recurriendo a distintos instrumentos para recolectar datos, tales como entrevistas informales con los profesionales del turno tarde del hospital de día, observación no participante, la historia clínica de la paciente –en la cual consta su composición familiar, antecedentes, diagnóstico, tratamiento y evolución del tratamiento- y el Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1994) adaptado en Argentina por Casullo y Pérez (2008) administrado a la paciente al inicio y a los 12 meses de iniciado el tratamiento. El mismo evalúa patrones de síntomas presentes en individuos a través de nueve dimensiones primarias

(Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices de malestar psicológico, en función de cinco posibilidades de respuestas (Nada, Muy poco, Poco, Bastante o Mucho).

También se procedió a administrar la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), que es una escala establecida en el eje V del modelo de evaluación multiaxial del DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2002), con la cual se buscó determinar con un puntaje de 0 a 100 la condición adaptativa y funcional general de la paciente a los 12 meses de iniciado el tratamiento.

4.4. Procedimiento

Se procedió a administrar el Inventario de Síntomas SCL-90-R a los 12 meses de iniciado el tratamiento durante el espacio de tiempo libre posterior a la hora de almuerzo. La administración se realizó de forma individual a la paciente, y dicho inventario fue completado por la misma sin mostrar inconveniente alguno.

Por su lado, la EEAG se administró a los 12 meses de iniciado el tratamiento en el hospital de día, durante el espacio de tiempo libre posterior a la hora de almuerzo.

La observación no participante de la paciente se desarrolló en los diferentes espacios en los que la misma participa en el hospital de día los días Martes a Viernes en el horario de la tarde (13 a 17hs). Ello corresponde a los talleres de arte, musicoterapia y teatro, y a las asambleas y horarios de almuerzos y meriendas.

Las entrevistas con los profesionales del turno tarde de la institución se llevaron a cabo de manera informal en aquellos espacios de tiempo que los mismos podían disponer.

5. DESARROLLO

En el desarrollo presente se responde a los objetivos propuestos, siguiendo la metodología ya descrita para tal fin.

5.1. Presentación del caso

La paciente Rosario ingresa al hospital de día en el mes de Junio de 2013, construyéndose como motivo de consulta la siguiente afirmación durante la entrevista de admisión: *“Siento mucha angustia. Me cuesta mucho interactuar”*. Asiste a la misma acompañada por su madre, quien está divorciada desde hace dos años, lo cual desencadenó en la paciente una exacerbación de la sintomatología que motivó a que consultara con un profesional. Desde entonces, está bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico, habiendo consistentemente sostenido ambos hasta la actualidad.

En función de los datos recogidos en la admisión, la paciente comenzó con episodios psicóticos a los 15 años de edad que afectaron su desenvolvimiento social y académico. Incluso se menciona haber sufrido episodios de bullying en los que compañeros de la escuela secundaria se burlaban de ella y, en ocasiones, la golpearon. El cuadro incitó en ese momento el abandono del colegio (que luego finalizó en un bachillerato acelerado), y el inicio de tratamiento psiquiátrico y psicológico por primera vez, los cuales abandonó sistemáticamente hasta hace dos años.

El período luego de finalizar el colegio secundario hasta iniciar la carrera de Lic. en Relaciones Internacionales, se refiere que la paciente no mantuvo ningún tipo de socialización por fuera del grupo familiar ni tampoco ninguna actividad académica o recreativa, salvo clases de inglés y manejo que sostuvo por cierto tiempo. Argumenta tener dificultades para integrarse socialmente y desinterés manifiesto generalizado.

La historia clínica de la paciente no registra hospitalizaciones salvo una durante el tratamiento en el hospital de día. Ésta fue de forma voluntaria argumentándose dificultades en la convivencia con la madre, y por un período de un mes tras el cual se reincorporó al hospital de día.

5.2. Objetivo 1: Descripción de la sintomatología al ingresar al hospital de día.

Al momento de ingreso al hospital de día, Rosario estaba atravesando una agudización de la sintomatología, lo cual en parte respondía al abandono de la carrera de Lic. en Relaciones Internacionales la semana anterior al inicio del tratamiento, y que había comenzado en el mes de Marzo del mismo año. Esta agudización apresuró su ingreso a la institución por parte de la psiquiatra tratante, dado que la paciente había mostrado cierta mejoría en su sintomatología luego de continuado el tratamiento psicofarmacológico indicado, y este dispositivo le favorecería su estabilización clínica, a la vez que su reinserción social y reconexión con intereses. Éstas últimas fueron las indicaciones de la psiquiatra en relación al tratamiento en el hospital de día.

Aunque la situación de Rosario al ingresar a la institución podría corresponderse con un episodio de recaída por el hecho de tratarse ciertamente de una agudización de la sintomatología posterior a un período de recuperación de la misma (en el marco del tratamiento psicofarmacológico iniciado dos años atrás), por no disponerse de ciertos datos vitales no puede hacerse efectivamente tal afirmación (Lader, 1995). En efecto, en el presente trabajo se decide cautamente describir la sintomatología de Rosario al momento de ingresar al hospital de día en el marco de un período de agudización posterior a una remisión parcial de los síntomas.

Asimismo dicha agudización tendría altas probabilidades de tratarse de una recaída en tanto Mueser y Jeste (2008) entienden que la probabilidad de ocurrencia -así como la severidad- de la misma aumenta cuanto mayor es el

tiempo de duración de la psicosis (DUP) y la enfermedad (DUI) no tratadas. En el caso de Rosario, se observa que estuvo ocho años sin tratamiento alguno o a lo sumo con tratamientos interrumpidos sobre los que manifestó escasa adherencia. Más aún, este período resulta notablemente extenso si se consideran estudios llevados a cabo en los que se observó que pacientes esquizofrénicos con un DUP mayor a cinco años presentaban diferencias significativas en relación a los resultados alcanzados luego de un año de tratamiento (Tirupati, Rangaswamy & Raman, 2004).

Por otro lado, el abandono de la carrera universitaria puede ciertamente considerarse un factor desencadenante del cuadro de agudización en tanto estudios sugieren que las personas esquizofrénicas tienden a presentar una mayor reactividad emocional frente a eventos estresantes de la vida diaria, y que en muchos casos llega a traducirse en la forma de recaídas (Morrison, 2001; Muester & Jeste, 2008). También, en esta línea, la presencia marcada de síntomas depresivos en la paciente (lo cual implicó el agregado de un antidepresivo en el tratamiento) puede haber bien coadyuvado al desarrollo del cuadro en tanto la severidad de estos síntomas se considera uno de los principales predictores de recaídas (Mueser & Jeste, 2008).

Con respecto precisamente a la sintomatología de Rosario presente al momento de su ingreso al hospital, su descripción se realiza agrupándola en los dos dominios considerados en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), a saber: síntomas positivos –que a su vez se dividen en: psicóticos (alucinaciones e ideas delirantes) y de desorganización (comportamiento y lenguaje desorganizado)- y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia y abulia en el DSM-IV-TR, y expresión emotiva disminuida y abulia en el DSM-5). También se consideran los dominios constituidos por los déficits cognitivos y síntomas afectivos, los cuales ciertos estudios, más recientemente, abogan por considerarlos parte de la psicopatología de la esquizofrenia (Blanchard & Cohen, 2005; Tamminga & Holcomb, 2005; Weinberg & Harrison, 2011).

Dentro de los síntomas positivos, la paciente al ingresar al hospital (así como en los episodios durante la adolescencia) presentaba ideas delirantes de tipos persecutorias y autorreferenciales. Tenía la creencia de ser constantemente perseguida u observada por los demás con el temor de la amenaza que ello implicaba por lo que los demás pudieran estar pensando sobre ella o incluso tramando. A su vez, estas creencias paranoides se asociaban con ideas autorreferenciales en las que Rosario tendía a evaluar diversas situaciones de manera anómala atribuyendo que estaban dirigidas o relacionadas con ella, manteniéndose así en un estado de alerta inhabilitante. Esto puede comprenderse a través de los dichos de la madre durante la admisión: *“Ella interpreta mal las cosas; piensa que todo el mundo la mira mal por distintas razones que ella supone”*.

El delirio de Rosario al ingresar al hospital de día presentaba un contenido similar al manifestado en los episodios transcurridos durante su adolescencia. En este sentido, resulta relevante considerar la manera en que estas creencias paranoides de la paciente se han sostenido en el tiempo, aunque presumiblemente con remisiones al menos parciales a lo largo de ese período. En función de los mecanismos mencionados por Freeman et al. (2002) puede considerarse la tendencia a la evitación de la paciente como un comportamiento de seguridad puesto que de alguna manera colabora con el mantenimiento del delirio al no poder ser contrastadas con la realidad objetiva, es decir, en espacios sociales que la misma transite. Esta tendencia a la evitación se pone de manifiesto a través del aislamiento y retracción social que la paciente ha presentado desde la adolescencia. También, el abandono de la carrera universitaria podría bien considerarse un ejemplo que refleja esta modalidad evitativa, puesto que, a diferencia del abandono de la escuela secundaria que en parte respondía a los episodios de bullying sufridos allí dentro, sobre la universidad no se hizo mención de ningún hecho concreto que pudiera haber motivado en definitiva el abandono de la misma. Pero podría ciertamente considerarse que las interacciones de la paciente con los otros terminan finalmente por alterarse a los efectos de procesos

de atención selectiva que se desencadenan hacia estímulos amenazantes en respuesta a la búsqueda de evidencias que confirmen el delirio (Freeman et al., 2002). Esto puede observarse en los dichos de la paciente que refieren “que todos la miran mal” y “todos la critican o piensan mal de ella”, en tanto implican sesgos atencionales dirigidos en este caso hacia expresiones faciales potencialmente amenazantes para la paciente, y a las cuales consiguientemente interpreta conforme a su delirio persecutorio.

Además de los mecanismos orientados al mantenimiento del delirio persecutorio, el mismo también se sostiene a través de estructuras cognitivas que lo soportan, puesto que no es un producto mental circunstancial del trastorno sino que se constituye en relación a creencias profundas referidas a uno mismo y al mundo en general (Vázquez, Sánchez & Provencio, 2009). En este sentido, puede observarse en relación al autoconcepto de Rosario, que ciertos dichos por parte de ella en la admisión tales como “sentirse diferente”, “poco inteligente” e incluso “no viva” –expresión cuyo sentido puede interpretarse en referencia a la creencia de no sentirse audaz, lista, o que pueda aprovechar las circunstancias y actuar en beneficio propio (Real Academia Española)- darían cuenta de una débil autoestima y sentimiento de inferioridad, el cual fue a su vez señalado en la admisión. Y sus dichos “*Me asusta estar en grupo*” o “*Me miraban mal*”, o incluso ciertos ítems como “Perder la confianza en la mayoría de las personas” y “Sentirse incómoda en lugares donde hay mucha gente” que marcó como muy intensos en el Inventario de Síntomas SCL 90-R (Derogatis, 1994) administrado al inicio del tratamiento, permiten inferir que el mundo para Rosario es un lugar hostil en el que constantemente se ve amenazada y en el que siempre debe estar en una actitud defensiva e hipervigilante.

A su vez, además de las ideas delirantes persecutorias y de autorreferencia, la paciente también señaló padecer episodios en los que sentía que se le “cerraba la garganta” y que consecuentemente eso no le permitía respirar, lo cual la aterraba y angustiaba bastante. Aunque indicó que sólo le sucedía ocasionalmente, sin demasiada frecuencia; además de que no pudo distinguir si

tendían a sucederse en situaciones o lugares particulares. Estos episodios a los que hace mención la paciente se corresponden con el tipo de delirio denominado somático, caracterizado por la creencia de padecer una enfermedad o algún defecto físico, siendo que la paciente decía creer que “algo no estaba bien en su cuerpo” y que “algo le pasaba”.

Otros de los síntomas positivos presentes en Rosario consistían en alucinaciones de tipos auditivas y visuales. Ella refería escuchar ruidos que no podía definir como parecido a nada en específico pero que le resultaban molestos y le daban miedo. Sobre ello, es interesante notar que las mismas no se tratan de voces ni tampoco estaban relacionadas con las ideas delirantes puesto que estas modalidades son notablemente frecuentes en población esquizofrénica (American Psychiatric Association, 2002). Las alucinaciones visuales por su lado, consistían en flashes de luces y sombras que se le presentaban inesperadamente y no duraban demasiado tiempo sino que eran inmediatas y también le producían miedo. Ambos tipos de alucinaciones eran percibidas por la paciente como fenómenos externos que simplemente se le aparecían, no pudiéndolos reconocer como producciones de su propia mente, lo cual es una de las características resaltadas de las alucinaciones en la esquizofrenia y que justamente conduce a que las personas tiendan a atribuirles una causalidad externa (Waters et al., 2012). También, es de considerar, la influencia que el ánimo triste y deprimido presente en la paciente pueda haber tenido como desencadenante o factor agravante de las mismas de acuerdo a lo señalado por Morrison (2011).

En relación a los síntomas negativos, se consideran aquellos establecidos en el consenso NIMH-MATRICS (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter & Marder, 2006); a saber: aplanamiento afectivo, alogia, retracción social, anhedonia y abulia, los cuales son equivalentes con los dos síntomas negativos establecidos en el DSM-5 (expresión emotiva disminuida y abulia) (Elis, Caponigro & Kring, 2013). La descripción de estos síntomas se realiza sin considerar la distinción entre síntomas negativos primarios y secundarios, puesto que para ello se requeriría contar con información de la evolución de la enfermedad desde el inicio y, del caso

de Rosario, sólo se dispone de información de los tres últimos años de la enfermedad. Aunque tal distinción resultaría de importancia dado que la presencia de sintomatología positiva y afectiva en la paciente puede justificar la presencia de síntomas negativos secundarios como consecuencia (Buchanan, 2007).

En relación al aplanamiento afectivo, las observaciones del equipo de profesionales del hospital de día verifican que la paciente presentaba un notable grado de dicho síntoma (Elis, Caponigro & Kring, 2013). Era común en ella mantenerse sentada en solitario en uno de los sillones dentro de los espacios compartidos con otros pacientes sin integrarse en las actividades y con un rostro ciertamente inexpresivo. Similarmente durante las entrevistas que mantenía con su psicóloga a cargo de su tratamiento en el dispositivo (denominada internamente en el hospital de día como psicóloga referente) en las que además de escasamente verbalizar cómo se sentía, tendía a no reaccionar de manera diferenciada en cuanto a sus expresiones faciales y tono de voz a lo largo de las mismas.

Se verifica también de acuerdo a las observaciones de los profesionales una marcada presencia de abulia (Elis, Caponigro & Kring, 2013). Si bien la paciente pudo iniciar -aunque no mantener- la carrera universitaria, refería permanecer en su casa fundamentalmente mirando la televisión o durmiendo (dormía 12 o más horas diarias). También explicitó no tener intereses particulares en ningún área o actividad.

Se observa, a su vez, la presencia de cierta limitación en la producción y fluidez del habla, detectable en múltiples situaciones sociales al inicio del tratamiento. Frecuentemente los pacientes se dirigían hacia la paciente a través de un tercero para comunicarse y, en caso de que ella contestara, lo hacía de un modo casi monosilábico. Lo mismo sucedía -y en cierto modo sigue sucediendo actualmente- en las entrevistas con la psicóloga referente, en las que prácticamente no hablaba o sólo se limitaba a responder lo que se le preguntaba de manera muy escueta y poco elaborada.

La retracción social es otro de los síntomas negativos predominantemente presente en Rosario tanto al inicio del tratamiento como a lo largo de la adolescencia, puesto que no disponía de ningún vínculo de amistad. Sin embargo, se verifica cierto interés por relacionarse en cuanto una de sus preocupaciones al inicio era no poder integrarse con los pacientes de la institución. Quizá sus vínculos familiares no aparecían –al igual que actualmente- tan perjudicados si se considera que la paciente se procuraba espacios con ambos padres. Por ejemplo, con el padre, por compartir el gusto por los autos, suele desde hace tiempo ir a encuentros sociales relacionados (Elis, Caponigro & Kring, 2013).

En relación al síntoma de anhedonia, resulta difícil dar cuenta efectivamente de la capacidad de Rosario para disfrutar puesto que en el caso de las diferentes actividades desarrolladas en el marco del hospital de día es de prever que le resultaran dificultosas –“incómodas” es el término que ella utilizó para caracterizarlas- en tanto todas ellas tienen una modalidad grupal y, dado el cuadro paranoide exacerbado de la paciente al ingreso, difícilmente pudiera disfrutar. Pero este síntoma quizá pueda bien observarse en el hecho de la ausencia de actividades recreativas y de interés durante el tiempo que permanecía en su casa. Asimismo, si se considera que la anhedonia en la esquizofrenia refiere particularmente a la incapacidad para anticipar el placer como sugieren ciertos autores (Elis, Caponigro & Kring, 2008), entonces más bien este desinterés manifiesto en la paciente pueda bien explicarse de esa manera, es decir, como una incapacidad para anticipar el placer en diferentes actividades y que, por consiguiente, se vuelve observable con la disminución y ausencia de iniciativas. Esto último es lo que ciertos autores se valen para sugerir que esta incapacidad de anticipación es un síntoma que responde más a la abulia que a la anhedonia (Foussias & Remington, 2008).

En relación a los síntomas afectivos, la presencia marcada de sintomatología depresiva en la paciente requeriría en principio de un diagnóstico diferencial puesto que ésta en pacientes esquizofrénicos puede tratarse de sintomatología negativa o ser producida por la medicación antipsicótica, entre otros factores. En

este sentido, el hecho de que a Rosario se le haya indicado un antidepresivo tras abandonar la carrera universitaria resulta ser un buen indicador del rol que tal evento estresante pueda haber tenido como desencadenante de los síntomas depresivos, y por tanto de la naturaleza psicológica de los mismos (Siris, 2000). Asimismo, de acuerdo a Freeman et al. (2002), la depresión que presentaría Rosario al ingreso también puede haber estado asociada con el contenido de sus ideas delirantes persecutorias y autorreferenciales. Las mismas parecen haber estado acompañadas por creencias que propician un ánimo deprimido y un sentimiento de frustración, y más aun siendo que la exacerbación de la sintomatología psicótica y la depresión se sucedieron de manera simultánea.

En relación a los déficits cognitivos, supera los límites del presente trabajo considerar la presencia de los mismos en la paciente puesto que su evaluación requiere de la administración de una batería de tests así como también la consideración simultánea de diversos datos por parte de un profesional especializado. Asimismo es de presumir la presencia de cierto déficit cognitivo en la paciente en tanto la mayoría de los pacientes esquizofrénicos presentan déficits neuropsicológicos de leves a moderados (Mueser & Jeste, 2008).

Por último, en relación a los síntomas de desorganización, la historia clínica de Rosario no registra la presencia de ninguno de éstos al ingreso en el hospital de día.

5.3. Objetivo 2: Descripción del tratamiento al ingresar al hospital de día.

Al ingresar al hospital de día, Rosario ya estaba bajo tratamiento farmacológico y psicológico hacía dos años. En cuanto al primero, se le había indicado como AP 5mg/día de risperidona y como antidepresivo 20mg/día de fluoxetina la semana anterior tras el abandono de la carrera universitaria. El tratamiento psicológico, consistía en una psicoterapia de tipo cognitiva-conductual (la cual mantiene hasta la actualidad).

Por su lado, el tratamiento indicado en el hospital de día de Proyecto Suma al inicio consistía en un comienzo gradual los días Martes, Jueves y Viernes en el turno tarde (13 a 17hs). De acuerdo al cronograma semanal del dispositivo implicaba la asistencia a un taller de arte, musicoterapia y teatro, así como también a la terapia grupal (dos veces por semana: los días Martes y Jueves). A su vez, se les indicó a los padres asistir a un taller de psicoeducación para familias y a la terapia multifamiliar que se desarrolla dos veces al mes.

En relación a la psicoterapia cognitiva-conductual de la paciente, sería de importancia describir los objetivos y el proceso de la misma. Pero ello no resulta posible debido a las limitaciones formales del presente trabajo y a que tampoco se dispone de datos suficientes al respecto. Sin embargo, puede considerarse que esta modalidad de psicoterapia (junto con un tratamiento farmacológico adecuado) permitiría a la paciente reducir modestamente las alucinaciones e ideas delirantes, y mejorar su funcionamiento psicosocial (Shean, 2013), lo cual a su vez en cierta medida permite explicar la mejoría sintomatológica alcanzada por la paciente antes de ingresar al hospital. También se verifica que la extensión de dos años de la TCC de Rosario resulta absolutamente esperable en cuanto en pacientes psicóticos generalmente suele ser mayor a un año en parte debido a la dificultad para lograr una alianza con tales pacientes y por ser generalmente menos directivas (Mueser & Jeste, 2008).

El tratamiento en el hospital de día responde a la derivación por parte de la psiquiatra tratante quien indicó como objetivos: favorecer la estabilización clínica de la paciente, su revinculación social y reconexión con intereses. En efecto, este dispositivo en el caso de Rosario cumple la función de un tratamiento adicional ambulatorio -de acuerdo a la clasificación de las funciones de Thornicroft, Szmukler y Mueser (2011)- que le ofrece un espacio de soporte social y de rehabilitación intensiva de tiempo limitado. Sobre esto, la terapia grupal y los talleres de arte, musicoterapia y teatro a los que asiste Rosario, en tanto son actividades grupales, están orientadas a facilitar el intercambio e interacciones

entre los pacientes de una manera cuidada y contenida por parte de los profesionales.

La terapia grupal, particularmente, presenta como aspecto más importante el beneficio de compartir experiencias de algún modo similares con otros pacientes, o al menos escucharlas (Mueser & Jeste, 2008). Lo que puede suceder con Rosario es que esta modalidad de psicoterapia le resulte aversiva como bien indica Mueser y Jeste (2008) en relación a los pacientes con síntomas paranoides, y más aun siendo que al ingreso éstos se encontraban agudizados.

Los diferentes talleres mencionados incluidos en el tratamiento en el hospital de día, al utilizar la actividad artística como medio para generar un dialogo entre los pacientes así como también promover la propia expresión y vinculación con nuevas experiencias (National Institute for Health and Care Excellence, 2009), pueden bien responder a los objetivos del tratamiento orientados a la reconexión con intereses y socialización, indicados por la psiquiatra de la paciente. La Musicoterapia específicamente puede resultar beneficiosa para Rosario si se considera que -por utilizar como medio la música- puede tener un efecto sustancial en la modulación del estado de ánimo, y más aún por estar relacionada con la experimentación de un momento de disfrute y placer, así como también el sentido de inclusión e identidad (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). Sobre esto, es de mencionar que la paciente al tiempo de haber ingresado ha comenzado a escuchar música por su cuenta encontrando en ella un medio que la “hace sentir bien” según refiere.

De igual modo, la utilización terapéutica del teatro puede resultar beneficiosa al contribuir con el desarrollo y estimulación de habilidades sociales, emocionales y cognitivas (Hackett & Bourne, 2014). Aunque en Rosario se observó que hasta luego de un año de haber comenzado el tratamiento no pudo aun hacer uso efectivo del mismo pues sólo se limitaba a asistir al taller y permanecer sentada sin involucrarse en ninguna de las actividades a pesar de que el resto de los pacientes y el profesional a cargo eventualmente la incitaran a participar. Es de

mencionar a su vez que se observó que Rosario, frente a esta insistencia para que participe, usualmente respondía con una expresión sonriente y algo nerviosa denotando de este modo cierta simpatía. A su vez, por lo general no era la única que se resistía a participar, por lo que era frecuente que interactuara con los pacientes que permanecían sentados al igual que ella.

En relación a las intervenciones familiares indicadas a los padres de la paciente, se espera que las mismas puedan disminuir el nivel de recaídas y posibles futuras hospitalizaciones, de acuerdo a lo que sugieren estudios indicados por Muester y Jeste (2008). En este sentido, el compromiso observado fundamentalmente por parte de la madre con el tratamiento, resulta ser esencial, y más aun siendo que Rosario convive con ella puesto que la convivencia puede ciertamente afectar la evolución y resultados del tratamiento (Mueser & Jeste, 2008). El padre, por su lado, refirió no poder asistir a tales intervenciones por motivos laborales pero se ha hecho presente en ciertas entrevistas mantenidas con la psicóloga referente, y explicitó su apoyo en el tratamiento. En efecto, se observa la presencia de sostén por parte del grupo familiar, lo cual resulta esencial para una efectiva respuesta al tratamiento en este tipo de trastornos (Mueser & Jeste, 2008).

Particularmente la inclusión de la psicoeducación en el tratamiento de Rosario resultar ser especialmente fundamental al contribuir a un mayor cumplimiento del tratamiento por parte de la paciente puesto que la misma ha abandonado sistemáticamente todos los tratamientos anteriores. También supondría un manejo más afectivo de la enfermedad por estar orientada a aumentar el conocimiento de la esquizofrenia y su tratamiento (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011), a la vez que, podría contribuir a la disminución de los síntomas y del nivel de recaídas (Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006).

La terapia multifamiliar por su lado, permitiría que la familia pueda encontrar allí mayor apoyo y contención social por el hecho de poder conocer allí familias con padecimientos y problemáticas similares en relación a la enfermedad de su

hija. De esta manera, ayudaría a la familia a normalizar el curso mismo de la enfermedad y lidiar mejor emocionalmente con ella (Janick, Marder, Tandon & Goldman, 2014).

Por último, es de notar que el empleo de la variedad de tratamientos psicosociales arriba mencionados permite aumentar las expectativas de los resultados que la paciente puede alcanzar a largo plazo (Nasrallah, Targum, Tandon, McCombs & Ross, 2005). En efecto, puede haber optimismo en relación a los logros que Rosario pueda alcanzar luego de lograda la remisión sintomatológica y a medida que el tratamiento vaya progresando.

5.4. Objetivo 3: Comparación de la sintomatología al inicio del tratamiento en el hospital de día y a los 12 meses de iniciado el mismo.

En el presente objetivo se registran en la tabla 1 (ver Anexo) los puntajes obtenidos en la administración del Inventario de Síntomas SCL 90-R de Derogatis (1994) adaptado en Argentina por Casullo y Pérez (2008) al inicio del tratamiento en el hospital de día y a los 12 meses de iniciado el mismo. Posteriormente, debido a cuestiones formales del presente trabajo, sólo se procede a evaluar comparativamente aquellas puntuaciones de relevancia para el caso en cuestión. Se utilizó el baremo de población adulta femenina de Casullo y Pérez (2008).

Puede observarse que en la administración al inicio del tratamiento las dimensiones Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSIC) presentan puntuaciones iguales o superiores a $T=63$ por lo que se consideran elevadas. De esta manera, la dimensión SI ($T=67.5$) por su lado, refleja una puntuación que corresponde justamente con ese sentimiento de inferioridad al que se hizo referencia durante la admisión y, que se comprende, está asociado a un sentimiento de ineptitud e inadecuación. Esto puede observarse claramente en los ítems “Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto” y “Sentirme inferior a los demás”, como así también en “Estar muy

pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí” y “Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí” que en parte se vinculan con la ideación paranoide de la paciente. La dimensión DEP (T=63) puede entenderse bien refleja el episodio depresivo que la paciente estaría atravesando al ingresar a la institución así como también la sintomatología negativa propia de la esquizofrenia, en tanto expresa la presencia de un estado de ánimo disfórico, falta de motivación, sentimientos de desesperanza y poca energía vital. Sobre esto, el ítem “No tener interés por nada” refleja absolutamente parte del malestar de Rosario.

De igual modo, las dimensiones PAR (T=67.5) y PSIC (T=63) reflejan el cuadro de agudización de la sintomatología positiva de la paciente; más específicamente, los ítems “Perder la confianza en la mayoría de las personas”, “Sentir que me vigilan o que hablan de mí” y “Creer que la gente sabe qué estoy pensando” hacen referencia a las ideas delirantes persecutorias y autorreferenciales. También los ítems “Sentirme solo/a aun estando con gente” y “Sentirme alejado/a de las demás personas” refieren al estilo de vida de la paciente, caracterizado por el aislamiento y retracción social que mantenía al momento de iniciar el tratamiento, y que se relacionan con los síntomas de la esquizofrenia.

Se observa que a los 12 meses de iniciado el tratamiento, Rosario presentaba descensos notables en todas las dimensiones salvo en Ansiedad fóbica (FOB) que se mantuvo igual, a la vez que todas las puntuaciones de las dimensiones están por debajo del valor T=63 por lo que ninguna se considera significativa o elevada. Esto significa que las puntuaciones correspondientes a SI, DEP, PAR y PSIC están dentro de los valores normales de acuerdo al baremo utilizado. De esta manera, puede evidenciarse una mejoría en la sintomatología general de la paciente al año de tratamiento en el hospital de día, que a su vez se corresponde con las observaciones clínicas por parte de los profesionales del hospital de día.

También es de señalar particularmente la diferencia de las puntuaciones de la dimensión Somatizaciones (SOM) pues, si bien en ambas administraciones está

por dentro de valores normales, la misma se debe a respuestas diferenciales en los ítems “Tener dificultades para respirar” y “Tener un nudo en la garganta” que se corresponden con las alucinaciones somáticas de Rosario en las que justamente dice sentir que “se le cierra la garganta” y que “no puede respirar”; y que, de esta manera, reflejaría una disminución de dicha sintomatología.

5.5. Evaluación del funcionamiento psicosocial a los 12 meses de iniciado el tratamiento en el hospital de día.

En tanto la esquizofrenia es una de las enfermedades más invalidantes, resulta de superlativa importancia evaluar el funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos para medir el impacto de un tratamiento, y no sólo la remisión sintomatológica (Brissos, Molodynski, Videira Dias & Figueira, 2011). En este sentido, es que en el presente objetivo se considera la evaluación del funcionamiento psicosocial de Rosario luego de 12 meses de tratamiento en el hospital de día a través de la administración de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del Eje V del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

Siendo la EEAG una escala de rango 0-100 dividido en 10 niveles de actividad, la puntuación final de Rosario fue de EEAG=41 en tanto su nivel de actividad al momento de la evaluación se correspondía con el nivel más bajo del rango 41-50, en el que se refiere la presencia de “síntomas graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p.ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)” (American Psychiatric Association, 2002, p.40). Así, la elección de tal puntuación se realizó considerando que Rosario presentaba como alteración grave de la actividad el hecho de no estar trabajando o estudiando debido a una limitación propia de su cuadro y no a limitaciones físicas o ambientales, y tampoco evidenciaba una vida social activa en tanto sólo ocasionalmente tenía salidas recreativas con pacientes de la institución por fuera del horario de tratamiento, a la vez que no contaba con amistades externas al hospital. Asimismo, es de destacar

que a esa altura del tratamiento la paciente mostró haber podido integrarse al grupo de pacientes y fundamentalmente también logró formar un vínculo bastante estrecho con una de las pacientes.

De esta manera, aunque ciertamente la paciente no presentaba ningún síntoma grave sino que más bien la sintomatología era de tipo moderada -pues tanto las puntuaciones del SCL 90-R como las observaciones clínicas de los profesionales del hospital de día referían que se encontraba en un período de remisión parcial-, la sola presencia de las mencionadas alteraciones de la actividad tanto laboral, académica y social, hacen que el nivel de actividad global se corresponda con el rango elegido, y más aún con el nivel más bajo del mismo.

Este nivel gravemente alterado de la actividad general que muestra la paciente junto con cierta mejoría de la sintomatología, resulta ciertamente coincidente con lo que numerosos estudios indican en relación a que la disminución de los síntomas no implica necesariamente el desarrollo de un buen funcionamiento social y laboral como consecuencia. A su vez, esto adquiere mayor relevancia aún si se considera que el nivel de deterioro se agrava conforme aumentan los síntomas residuales, haciendo de esta manera que cada vez sea más difícil que la paciente pueda volver al nivel de funcionamiento anterior al desarrollo de la enfermedad. Por esto, el interés actual está focalizado en el desarrollo de mejores intervenciones psicosociales (además del tratamiento farmacológico) que puedan mejorar el nivel de funcionamiento y calidad de vida de los pacientes (Brissos, Molodynski, Videira Dias & Figueira, 2011).

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se procedió a describir el tratamiento y sintomatología de una paciente con esquizofrenia paranoide al ser admitida en un hospital de día. También se realizó una evaluación comparativa de la sintomatología presente al

inicio y al año de haber iniciado el tratamiento en tal hospital, a la vez que se evaluó el funcionamiento psicosocial luego de ese mismo período de tiempo.

Se observó que el caso de esquizofrenia de Rosario se caracteriza, al menos de acuerdo a la evaluación de la sintomatología al inicio del tratamiento en el hospital de día y de los datos recogidos de la historia clínica y las entrevistas informales, por la presencia marcada de síntomas negativos; ello es: una notable presencia fundamentalmente de abulia, aplanamiento afectivo y retracción social. Aunque también presentaba síntomas positivos, fundamentalmente de ideas delirantes paranoides y autorreferenciales por sobre las alucinaciones, y con ausencia de síntomas de desorganización, lo cual motivó el diagnóstico del subtipo paranoide descrito en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

El impacto del tratamiento en el hospital de día, así como el tratamiento farmacológico y psicológico que la paciente mantiene en forma paralela y complementaria desde hace tres años, parece ser ciertamente promisorio si se tiene en cuenta la evolución de la sintomatología al año del mismo, lo cual a su vez se confirma a través de la observación clínica de Rosario por parte de los profesionales del hospital de día. Aunque el funcionamiento psicosocial no ha mostrado tal mejoría si se considera que Rosario no ha podido desenvolverse laboral ni académicamente, pero sí de algún modo en la esfera social en tanto pudo integrarse al grupo de pacientes de la institución e incluso formar un vínculo de amistad bastante estrecho con una paciente. Esta pobre evolución del funcionamiento psicosocial en parte puede deberse a la dificultad misma que la presencia cada vez más significativa de la sintomatología residual implica en tanto contribuye a agravar el nivel de deterioro conforme la enfermedad se va desarrollando (Brissos, Molodynski, Videira Dias & Figueira, 2011). A su vez, el tiempo ciertamente extenso que la paciente estuvo sin tratamiento -o a lo sumo con tratamientos que fueron sistemáticamente abandonados- desde el inicio de la enfermedad en la adolescencia, explicaría también esta escasa mejoría del funcionamiento de Rosario, pues estudios indican que el DUI y DUP están

relacionados con mayores niveles de déficits del funcionamiento global de los pacientes. También, en este sentido, la marcada presencia de sintomatología negativa contribuye al mayor deterioro funcional de la paciente, como así también los déficits cognitivos que, aunque no habiéndose contemplado en la descripción de la sintomatología en el presente trabajo, se puede bien presumir cierta presencia leve a moderada de los mismos (Mueser & Jeste, 2008).

A su vez, el hecho de que Rosario haya mostrado una verdadera adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicológico y en el hospital de día, y más aún, las diferentes intervenciones psicosociales contempladas en éste último (es decir, terapia grupal, psicoeducación y terapia multifamiliar, y el taller de arte, musicoterapia y teatro) constituyen en su conjunto elementos que aportan un claro optimismo al tratamiento en relación a logros que pueda alcanzar a largo plazo (Nasrallah, Targum, Tandon, McCombs & Ross, 2005). Asimismo, el tratamiento en su conjunto decididamente aportó beneficios claros en relación al bienestar y calidad de vida de Rosario, que si bien no fueron objeto de evaluación del presente trabajo, pueden bien presumirse de tal forma al considerarse los efectos propios que el sentido de pertenencia e inclusión social, fortalecimiento de la identidad y autoestima, y experiencias emocionales positivas pueden ciertamente haber tenido en Rosario como consecuencia del tratamiento administrado (Hackett & Bourne, 2014; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013).

Se considera que el presente trabajo presenta la limitación de contarse con insuficiente información relativa a la esquizofrenia de Rosario desde su inicio, lo cual a los fines de los objetivos propuestos del presente trabajo hubiese resultado fértil para una mejor y más apropiada evaluación del cuadro en general. También la restricción por parte del hospital de día de no permitir la participación de la alumna en la terapia grupal, y el hecho de no disponer de datos acerca del proceso de la TCC han limitado en gran medida la evaluación fehaciente y más acabada del estado clínico y evolución del tratamiento de la paciente. Asimismo, no se intentó por parte de la alumna tomar contacto con la psicóloga a cargo del tratamiento psicoterapéutico de Rosario. Por otro lado, se considera que el ajuste

a cuestiones formales del presente trabajo ha implicado la omisión de todo material teórico que no fuese directamente útil a los fines de los objetivos aquí propuestos y de las particularidades propias del caso en cuestión.

En función de lo trabajado, se asume el carácter inaugural que la práctica en el hospital de día en cuestión tuvo para la alumna en cuanto constituyó un primer acercamiento al ámbito clínico de la profesión. En consecuencia, se advierte el efecto que ello puede haber tenido a lo largo de todo el proceso de estudio del caso en cuestión, el cual se enmarca a su vez dentro de un trabajo de integración final de grado. Asimismo, se considera incalculable e insustituible el valor de toda contrastación empírica de conocimientos teóricos que sin duda tanto la práctica en el hospital de día mencionado como la confección del presente trabajo han sabido ofrecer. Fundamentalmente también se destaca el sentido de superación personal, académica y profesional que la práctica al igual que el presente trabajo han contribuido a promover en la alumna.

Por último, en miras de dirigir el tratamiento de Rosario aún más hacia la búsqueda de una mejor calidad de vida, bienestar y funcionamiento psicosocial (que es a su vez la dirección que las investigaciones en el área están más recientemente tomando), se propone que el mismo contemple la posibilidad de incluir un programa de empleo asistido. El mismo facilitaría la inclusión de la paciente en el ámbito laboral, y consecuentemente una mayor independencia, a través de un equipo profesional orientado a asistir todo el proceso de inserción laboral de tal modo de permitir que el empleo sea efectivamente una opción posible para la paciente.

7. REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed rev). Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed). Arlington, VA: American Psyquiatic Publishing.
- Andreasen, N. C. & Carpenter, W. T. (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 199-214. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/19/2/199.full.pdf>
- Andreasen, N.C., Carpenter, W. T., Kane, J. N., Lasser, R. A. ... Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry* 162(3), 441-449. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.441
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1-9. doi: 10.1093/schbul/sb1017
- Blanchard, J. J. & Cohen, A. S. (2005). The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238-245. doi: 10.1093/schbul/sbj013
- Buchanan, R. W. (2007). Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1013-1022. Doi: 10.1093/schbul/sbl057
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P. & Keith, S.J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163-175. Recuperado de <http://www.nysfamilyinstitute.org/wp-content/uploads/2010/10/Bustillo-J.-R.-etc.-2001..pdf>
- Casullo, M.M. & Perez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90 de L. Derogatis. Adaptación UBA-CONICET. Recuperado de <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL08.pdf>
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8. doi: 10.1093/schbul/sbml22

- Decker, H. S. (2007). How kraepelinian was Kraepelin? How kraepelinian are the neo-kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry*, 18, 337-360. doi: 10.1177/0957154X07078976
- Elis, O., Caponigro, J. M. & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in Schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical Psychology Revision*, 33(8), 914-928. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.001
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L. & Harvey, B.H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/50>
- Foussiass, G. & Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 359-369. doi: 10.1093/schbul/sbn094
- Freeman, D & Garety, P. A. (2004). Paranoia: the psychology of persecutory delusions. Psychology Press: New York. Recuperado de <http://books.google.com.ar/books?id=R8EnHwyORM8C&pg=PA10&lpg=PA10&dq=relation+between+persecutory+delusions+and+delusions+of+reference&source=bl&ots=Pcldp2Kh5G&sig=MzMx-5w8pdXJEQyzlOVEv60YLLI&hl=en&sa=X&ei=x3xKVIW2CcrBggTwu4GYBg&ved=0CFsQ6AEwCA#v=onepage&q=relation%20between%20persecutory%20delusions%20and%20delusions%20of%20reference&f=false>
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D. & Bbbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347. Recuperado de http://www.uni-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/psycho/personen/helmut.hildebrandt/Dokumentensammlung/Neuropsychy/CognitiveModelPersecutoryBeliefs.pdf
- Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B. ... Zhao, J. (2010). Antipsychotic medication alone versus combined with psychosocial intervention on outcomes of early stage schizophrenia: a randomized, one year study. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 895-904. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.105

- Harvey, P. D., Koren, D., Reichenberg, A. & Bowie, C. R. (2006). Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship?. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 250-258. doi: 10.1093/schbul/sbj011
- Hirsch, S.R. & Weinberger, D.R. (2003). *Schizophrenia*. Blackwell Publishing. Recuperado de http://books.google.com.ar/books?id=_JNTS5hNQyWC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
- Hockett, S. & Bourne, J. (2014). The get going Group: dramatherapy with adults who have learning disabilities and mental Health difficulties. *Dramatherapy*, 36(1), 43-50. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02630672.2014.909981?src=recsys#.VE7swfmG8fZ>
- Hoening, J. (1983). The concept of schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider. *The British Journal of Psychiatric*, 142, 547-556. doi: 10.1192/bjp.142.6.547
- Janick, P.G., Marder, S.R., Tandon, R. & Goldman, M. (2014). *Schizophrenia: recent advances in diagnosis and treatment*. New York: Springer.
- Kaplan, H. I. (1999). *Sinopsis de la psiquiatría: ciencias de la conducta* (8ª ed). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kern, R.S., Glynn, S.M., Horan, W.P. & Marder, S.R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347-361. doi: 10.1093/schbul/sbn177
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T. & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219. doi: 10.1093/schbul/sbj053
- Kopelowicz, A., Lieberman, R.P. & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23. doi: 10.1093/schbul/sb1023

- Leucht, S., Carves, C., Arbter, D., Engel, R.R., Li, C. & Davis, J.M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet*, *373*, 31-41. Doi: 10.1016/s0140-6736(08)61764-x
- Lieberman, J.A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., ..., Gilmore, J. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry*, *50*, 884-897.
- Michigan Implementation of Medication Algorithms (2004). Guidelines for treating schizophrenia. Recuperado de <http://psychrights.org/states/Michigan/ClosingTheGap/Appendix%20I.pdf>
- Moscowitz, A. & Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 471-479. doi: 10.1093/schbul/sbr016
- Mueser, K.T. & Jeste, D.V. (2008). Clinical handbook of schizophrenia. New York: The Guilford Press.
- Nasrallah, H.A., Targum, S.D., Tandon, R., McCombs, J.S. & Ross, R. (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, *56*(3). doi: 10.1176/appi.ps.56.3.273
- National Institute for Health and Care Excellence (2009). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care.
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Lieberman, J. A., ..., Crystal, S. (2011). Comparative effectiveness of second-generation antipsychotic medications in early-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 845-853. doi: 10.1093/schbul/sbq172
- Peralta, V. & Cuesta, M. J. (2003). The diagnosis of schizophrenia: old wine in new bottles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *3*, 141-152. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030202.pdf>

- Pfammatter, M., Junghan, U.M. & Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychosocial therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 64-80. doi: 10.1093/schbul/sb1030
- Regier, D. A., Kuhl, E. A. & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12, 92-98. doi: 10.1002/wps.20050
- Shean, G. D. (2013). Empirically based psychosocial therapies for schizophrenia: the disconnection between science and practice. *Hindawi Publishing Corporation*. Recuperado de <http://www.hindawi.com/journals/schizort/2013/792769/>
- Shepherd, S., Depp, C. A., Harris, G., Halpain, M.,..., Jeste, D. V. (2012). Perspective on schizophrenia over the lifespan: a qualitative study. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 295-303. doi: 10.1093/schbul/sbq075
- Simon, A. E., Cattappan-Ludewig, K., Zmilacher, S., Arbach, D., Gruber, K.,..., Umbricht, D. (2007). Cognitive functioning in the schizophrenia prodrome. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 761-771. doi: 10.1093/schbul/smb018
- Siris, S. G. (2000). Depression in schizophrenia: perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1379-1389. doi: 10.1176/appi.ajp.157.9.1379
- Solli, P.H, Rolvsjord, R. & Borg, M. (2013). Toward understanding musictherapy as a recovery-oriented practice within mental health care: a meta-synthesis of service user's experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244-273. Recuperado de <http://jmt.oxfordjournals.org/content/50/4/244.full.pdf>
- Tamminga, C.A. & Holcomb, H.H. (2005). Phenotype of schizophrenia: a review and formulation. *Molecular Psychiatry*, 10, 27-39. doi: 10.1038/sj.mp.4001563
- Tandon, R., (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*. Recuperado de http://ccpweb.wustl.edu/pdfs/2013_defdes.pdf

- Thornicroft, G., Szmukler, G. & Mueser, K.T. (2011). Oxford textbook of community mental health. New York: Oxford University Press. Recuperado de http://books.google.com.ar/books?id=51djM1wanuwC&pg=PA159&lpg=PA159&dq=american+association+for+partial+hospitalization&source=bl&ots=iPj9ru7GyR&sig=ERyOV9xaEntOCSmyIN7J-IwSs_s&hl=en&sa=X&ei=H8QQVPTiL4iSgwSL04DYBQ&ved=0CDIQ6AEwBjgK#v=onepage&q=american%20association%20for%20partial%20hospitalization&f=false
- Tirupati, N. S., Rangaswamy, T. & Raman, P. (2003). Treatment outcome in schizophrenia patients untreated for many years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 339-343. doi: 10.1080/j.1440
- Turkington, D. Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R., Nur, U.,..., Kingdon, D. (2007). A randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophrenia Research* 98, 1-7. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.026
- Valenstein, M., Blow, F.C., Copeland, L.A., McCarthy, J.F., Zeber, J.E.,..., Stavenger, T. (2004). Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patients factors. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 255-264. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/2/255.full.pdf>
- Viguera, A.C., Baldessarini, R.J., Hegarty, J.D., Van Kammen, D.P. & Tohen, M. (1997). Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Archive of General Psychiatry*, 54, 49-55. Recuperado de <http://psychrights.org/research/Digest/Chronicity/abruptandgradual.pdf>
- Weinberger, D. R. & Harrison, P. (2011). Schizophrenia. Oxford: Wiley- Backwell
- Whitelaw, C.A. & Perez, E.L. (1987). Partial hospitalization programs: a current perspective. *Administration in Mental Health*, 15(2). Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2F00819347#page-1>

Wiesjahn, M., Jung, E., Lamster, F., Rief, W & Lincoln, T. (2014). Explaining attitudes and adherence to antipsychotic medication: the development of a process model. *Schizophrenia Research and Treatment*. doi: 10.1155/2014/341545

Xia, J., Merinder, L.B. & Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 21-22. doi: 10.1093/schbul/sbq138

8. ANEXO

Tabla 1

Puntajes T de las nueve dimensiones primarias y los tres índices globales de malestar psicológico obtenidos en la administración del SCL 90-R

Dimensiones / Índices	Inicio del Tratamiento	12 meses de iniciado el tratamiento
SOM	42.5	32.5
OBS	52.5	42.5
SI	67.5	60.0
DEP	63.0	47.5
ANS	50.0	32.5
HOS	37.5	30.0
FOB	57.5	57.5
PAR	67.5	52.5
PSIC	63.0	52.5
IGS	57.5	47.5
TSP	52.5	45.0
IMPS	60.0	47.5

Notas: SOM=Somatizaciones; OBS=Obsesiones y Compulsiones; SI=Sensitividad Interpersonal; DEP=Depresión; ANS=Ansiedad; HOS=Hostilidad; FOB=Ansiedad Fóbica; PAR=Ideación Paranoide; PSIC=Psicoticismo; IGS=Índice Global de Severidad; TSP=Total de Síntomas Positivos; IMPS=Índice Positivo de Malestar