

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Presentación de un caso de Esquizofrenia en dispositivo de Hospital de Día

Alumna: Melisa Soledad Ariño

Legajo: 40004

Email: armelisa@gmail.com

Profesor Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

31 de octubre de 2017

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. Marco Teórico	6
3.1 Esquizofrenia	6
3.1.1 Descripción y características	7
3.1.2 Sintomatología y diagnóstico	8
3.1.3 Evolución, curso y tratamiento	13
3.1.4 Abordaje farmacológico	15
3.1.5 Abordaje psicoterapéutico	17
3.2 Hospital de día	21
3.3 Terapia de grupo	22
4. Metodología	24
4.1 Tipo de estudio	24
4.2 Participantes	24
4.3 Instrumentos	25
4.4 Procedimiento	25
5. Desarrollo	26
5.1 Introducción al caso	26
5.2 Identificar el motivo de consulta, la sintomatología y el diagnóstico	27
5.3 Describir abordaje psicoterapéutico y farmacológico	30

5.3.1	Abordaje psicoterapéutico	30
5.3.2	Abordaje farmacológico	31
5.4	Analizar efectos de terapia grupal en el tratamiento	33
6.	Conclusión	35
6.1	Resumen del caso	35
6.2	Limitaciones	36
6.3	Perspectiva crítica y aporte personal	37
6.4	Nuevas líneas de investigación	38
7.	Referencias Bibliográficas	41

Las prácticas correspondientes a la materia que incluye la práctica y habilitación profesional de la Universidad de Palermo se realizaron en el dispositivo Hospital de Día de una institución orientada al tratamiento de enfermedades neuropsiquiátricas ubicada en CABA.

La práctica tuvo lugar durante 16 semanas, con una asistencia promedio de 20hs. semanales. Durante la misma se participó en carácter de observador, de talleres que realizan los pacientes, asambleas semanales de los grupos, reuniones de equipo incluidos los talleristas (quienes dirigen los talleres) y supervisiones, como así también se asistió a presentaciones de casos y ateneos convocados por Instituciones externas.

La institución es una organización civil sin fines de lucro que trabaja junto a personas con padecimiento mental para mejorar su calidad de vida, está conformada por cuatro dispositivos diferentes siendo estos, Hospital de día, recuperación en comunidad, consultorios externos y adultos mayores.

El equipo está conformado por un grupo interdisciplinario de profesionales y busca generar espacios de participación social y de trabajo que permitan consolidar y potenciar los logros de las diferentes instancias terapéuticas.

El dispositivo de hospital de día se indica cuando la situación del paciente reviste cierto riesgo, gravedad, condiciona los vínculos sociales y familiares, o no logra mejorar con los tratamientos convencionales; puede indicarse en personas con distintos trastornos psiquiátricos (Psicosis, Trastornos afectivos, Trastornos de la Personalidad, Trastornos de Angustia severos).

Al momento del ingreso a la institución a cada paciente se le designa un profesional del equipo de Hospital de día que actúa como referente y es quien sigue la evolución del paciente en el dispositivo y mantiene el contacto con la familia y el equipo tratante. Luego se integran a un grupo y realizan distintas actividades terapéuticas que apuntan a la recuperación y a la reinserción social.

Los objetivos del Hospital de día van más allá de la estabilización clínica, tienen que ver además con la sociabilización, la recuperación de motivaciones e intereses, la implicación en el propio tratamiento, el armado de un proyecto y el trabajo con la problemática familiar.

El presente trabajo tiene como objetivo detallar el tratamiento de un paciente con esquizofrenia en el dispositivo de hospital de día.

2.

Objetivos

2.1

Objetivo general

- Describir el tratamiento de un paciente de 46 años con diagnóstico de esquizofrenia durante su tratamiento en un dispositivo de Hospital de día

2.2

Objetivos específicos

- Identificar el motivo de consulta y la sintomatología de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia en su tratamiento en Hospital de Día.
- Describir el abordaje terapéutico y el tratamiento farmacológico de un paciente durante su tratamiento en Hospital de Día
- Analizar los efectos del espacio de terapia grupal en el tratamiento de un paciente de Hospital de Día.

3. Marco teórico

3.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia, según Durand y Barlow (2007), es un trastorno que inevitablemente tiene un efecto devastador en la vida de quien la padece y en su entorno. Por su complejidad presenta una amplia gama de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen delirios y alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento desordenado y emociones inadecuadas.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2011) la define como un trastorno cerebral crónico, severo e incapacitante, con síntomas de tres tipos: positivos, negativos y cognitivos, describiendo entre estos últimos problemas relacionados con deficiencia en la comprensión de la información y en su utilización para la toma de decisiones, como también problemas de atención, concentración y de la memoria de trabajo.

Se caracteriza también por ser un trastorno psicótico invalidante a nivel social (Sadock & Sadock, 2012). De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) la categoriza como una discapacidad fundamentando la misma a través de las consecuencias que su padecimiento tiene sobre el individuo en su funcionamiento social, académico y productivo.

Según Rebolledo y Lobato (1999) este trastorno puede manifestarse en la niñez, finales de la adolescencia o incluso en personas mayores, aunque como también lo menciona la OMS (2015), dicha enfermedad, en general, aparece al final de la adolescencia. Según los mismos autores en los casos en los que la esquizofrenia tiene un comienzo brusco y sorprende a las personas en medio de su vida normal se pueden esperar un mejor pronóstico y evolución de la enfermedad.

Aunque aún no se ha encontrado un único modelo de la fisiopatología del trastorno, Stevens, Prince, Prager y Stern (2014) sostuvieron que la combinación de factores genéticos con anormalidades en el neurodesarrollo colaboran en la aparición posterior de la esquizofrenia.

Se advierte una disfunción en la neurotransmisión de la dopamina durante el comienzo de los síntomas psicóticos en estudios farmacológicos y cerebrales. A pesar de esto, la disfunción de la dopamina no es suficiente para explicar la arista completa de características clínicas de la enfermedad. Del mismo modo una perturbación de la función del glutamato también contribuye a los procesos biológicos que están latentes en la esquizofrenia, particularmente la disfunción cognitiva (Owen, Sawa, & Mortensen, 2016).

Más de 21 millones de personas, a nivel global, padecen esta enfermedad, las cuales además de lidiar de forma cotidiana con su trastorno, sufren discriminación social (OMS, 2015). Por lo tanto, la esquizofrenia es uno de los trastornos más estigmatizantes. La exclusión que padecen las personas con esta patología interfiere tanto en su tratamiento como en su pronóstico, así como también

perjudica a sus familiares y amigos. Dicha exclusión es causada por la ignorancia colectiva en cuanto a la peligrosidad e inestabilidad asociadas a los enfermos mentales (Lolich & Leiderman, 2008). Sumado a esto, se evidencia que la sociedad se encuentra preparada para comprender y ayudar a aquellas personas que padecen enfermedades físicas, sin embargo, no ocurre tan frecuentemente en lo que respecta a las enfermedades mentales (Rebolledo & Lobato, 1999) dando como resultado que los pacientes reciban un tratamiento incorrecto, a consecuencia de la falta de conocimiento acerca de dicho trastorno (Sadock & Sadock, 2012).

Se considera importante que la sociedad tome medidas con la finalidad de incrementar la calidad de vida de los afectados y a su vez, promover la concientización de la enfermedad (Lolich & Leiderman, 2008).

3.1.1 Descripción y características

En la actualidad se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM), el mismo es un sistema de clasificación de la conducta anormal basado en criterios empíricos que es necesario para el progreso de la psicopatología, la psiquiatría y de la psicología clínica. La versión vigente es la quinta, conocida como DSM 5 (Sandín, 2014), en ésta edición los subtipos de la esquizofrenia han sido omitidos con el fin de integrar la heterogeneidad de los tipos y gravedad de síntomas dando como resultado un enfoque unidimensional (APA, 2013).

De acuerdo al DSM 5 (APA, 2013) la esquizofrenia se caracteriza por manifestar dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y/o síntomas negativos, durante un período no inferior a un mes y siendo necesario que al menos uno de los síntomas esté representado por delirios, alucinaciones o discurso desorganizado. La sintomatología del mencionado trastorno debe persistir al menos seis meses, período que debe incluir como mínimo un mes de síntomas de la fase activa, pudiendo incluir también períodos de síntomas prodrómicos o residuales en los cuales pueden manifestarse síntomas tales como delirios o alucinaciones en forma atenuada o bien solamente síntomas negativos. Estos últimos son de peor pronóstico y dentro de ellos se encuentran el aplanamiento afectivo, retraimiento social, alogia o abulia. El manual también señala que se observa desde el inicio del trastorno un nivel de funcionamiento significativamente menor al alcanzado previo a la aparición de la enfermedad, manifestándose en uno o más ámbitos, tales como el laboral, las relaciones interpersonales o el cuidado personal.

Es importante poder diferenciar el delirio de una creencia firme, ya que en ciertas ocasiones no resulta fácil hacerlo. La distinción de un delirio y una creencia firme depende del nivel de convicción que el individuo mantiene sobre su creencia a pesar de que los hechos reales manifiesten lo contrario. Como se menciona en el DSM 5 (APA, 2013), los delirios son creencias fijas que se viven con absoluta convicción y no son susceptibles de cambio. Por otro lado define a las alucinaciones, como percepciones involuntarias, vívidas y claras sin que exista la presencia de un estímulo externo o soporte real.

Actualmente Sandin (2014) explica que los tipos de esquizofrenia vigentes hasta la publicación del DSM 5 eran los tipos paranoide, desorganizado o hebefrénico, catatónico e indiferenciado. Los tipos de esquizofrenia presentes en el DSM IV, fueron eliminados debido a que exhibían una limitada estabilidad diagnóstica, baja fiabilidad y pobre validez (APA, 2013). En su lugar, el manual proporciona una escala de estimación de la gravedad de las dimensiones de síntomas centrales de la esquizofrenia que incluye cinco dimensiones básicas (delirios, alucinaciones, pensamiento/lenguaje desorganizado, conducta psicomotora anormal, y síntomas negativos) para así poder capturar la variabilidad en los tipos de síntomas (Sandin, 2014).

A pesar de que los tipos de esquizofrenia han sido modificados en el DSM 5 la esquizofrenia tipo paranoide sigue siendo uno de los diagnósticos más frecuentes, con respecto a esto los autores Sadock y Sadock (2012) mencionan que las ideas delirantes más habituales en este tipo de clasificación son las de persecución o de grandeza. El paciente puede ser tenso, suspicaz, reservado y receloso, así como también puede presentar hostilidad y agresividad. Dentro de las diversas clasificaciones de la esquizofrenia, la clasificación tipo paranoide manifiesta mejor pronóstico.

3.1.2 Sintomatología y diagnóstico de la esquizofrenia

Cuando se utiliza el término esquizofrenia, se está describiendo un conjunto de trastornos psiquiátricos que alteran la percepción, el pensamiento, las emociones y el comportamiento de una persona. Cada uno de los individuos que sufren de éste trastorno tiene una única y propia combinación de síntomas y de experiencias ya que están influenciados por sus propias vivencias particulares. (Machado & Morales, 2013).

Según lo afirman Quintero, Barbudo, López y López (2011), la esquizofrenia es un trastorno que aparece en forma aguda y luego se vuelve crónico, involucrando una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales que generan un cambio cualitativo en el desarrollo (Petkari, 2010). Este trastorno abarca la totalidad de las capacidades: pensar en forma creativa, tener

relaciones sociales cercanas, utilizar el lenguaje y expresar ideas con claridad o experimentar y expresar una variedad de emociones (Orellana & Slachvsky, 2006). Del mismo modo, Bhugra (2010) coincide con los autores anteriores, y agrega el deterioro del funcionamiento personal, observando problemas de memoria, y concentración, aislamiento social, comportamiento inusual, comunicación perturbada, ideas extrañas, experiencias perceptivas, reducción del interés y de motivación para las actividades diarias, ratificando en el individuo la incapacidad de mantener su forma de vida cotidiana. Pérez (1999) observa además que el pensamiento suicida aumenta debido a la desintegración de la personalidad.

De la misma manera, cuando el paciente se estabiliza, Burns (2006) plantea que la principal causa de sufrimiento es el apercibimiento de su propia incompetencia, sintiendo su extrañamiento en el contexto social lo que le impide responder a las señales, y de enfrentar las situaciones de estrés. Además, Orellana y Slachvsky (2006) sostienen que a los pacientes afectados con esquizofrenia se les imposibilita retomar su vida habitual.

De acuerdo con Sadock, Sadock y Ruiz (2015), a pesar de que la esquizofrenia es tomada como una patología única, se observa que en realidad comprende un grupo de desórdenes con causas disimiles. Si bien en todos los casos los efectos son severos y de larga duración, se pueden observar diferencias en términos de signos y síntomas de un paciente a otro, como también en relación a la presentación y curso de la enfermedad y a la respuesta al tratamiento. A fin de realizar un diagnóstico, es importante la evaluación clínica del paciente incluyendo un examen del estado de sus funciones mentales como también una revisión de su historial psiquiátrico, ya que no existen hasta el momento exámenes complementarios para diagnosticar esquizofrenia. Por consiguiente en relación a esta patología, el único diagnóstico posible es el que parte de la evaluación clínica.

En relación a la sintomatología negativa, el DSM 5 incluye en su descripción síntomas tales como expresión emotiva disminuída, abulia, alogia, anhedonia y retraimiento social, siendo los dos primeros especialmente prominentes en la esquizofrenia. La expresión emotiva disminuída hace referencia a una merma en la expresión de las emociones que usualmente se manifiestan a través de la cara, el contacto ocular, la prosodia y los movimientos de las manos, cabeza y cara, quitándole énfasis emotivo al discurso. La abulia se representa a través de una disminución de aquellas actividades motivadas por un fin y realizadas por propia iniciativa y la alogia por una disminución del habla. Por otra parte, la anhedonia es descripta como una merma en la capacidad de experimentar placer en función de estímulos positivos o la degradación del recuerdo de placer que en algún momento experimentó. En relación al retraimiento social, refiere que esa falta aparente de interés en interactuar socialmente puede tener distintas causas, como la falta de oportunidades para

la interacción social o bien estar relacionada con la abulia que suelen experimentar estos pacientes (APA, 2013).

El National Institute of Mental Health (NIMH) (s./f.) menciona que los síntomas negativos resultan difíciles de reconocer en relación al trastorno esquizofrénico debido a que es común confundirlos por ejemplo con síntomas de depresión. También refiere que quienes padecen la sintomatología mencionada, necesitan de apoyo para desempeñarse en sus tareas cotidianas y suelen descuidar su aspecto y su higiene personal. En la misma línea, Velligan, Maples, Roberts y Medellín (2014), sostienen que los síntomas negativos observados en sujetos con esquizofrenia, contribuyen en gran medida a la pérdida de productividad, a padecer déficits sociales, a una mala calidad de vida como también a alcanzar pobres niveles ocupacionales y de instrucción.

De acuerdo a Harvard Medical School (2006), los síntomas positivos de la esquizofrenia tales como delirios y alucinaciones, son los que en general llevan al sujeto a iniciar un tratamiento por primera vez, dado que por sus características sugieren una mayor urgencia, siendo generalmente tratados mediante la administración de antipsicóticos con buenos resultados. Sin embargo, los síntomas negativos, son más persistentes e invasivos que los primeros, generando un mayor efecto en la calidad de vida del paciente impidiéndole desarrollar su vida de forma autónoma y manejarse en las situaciones sociales de su vida cotidiana. Esto es también referido por Buchanan (2007), quien menciona que los síntomas negativos resultan más difíciles de tratar que los positivos, persistiendo frecuentemente mucho tiempo después de que estos últimos han desaparecido o disminuido.

En lo que respecta a los síntomas positivos, específicamente a las alucinaciones, se pueden clasificar en auditivas, cenestésicas, olfatorias y visuales. Las auditivas suponen ser voces masculinas o femeninas que le hacen al sujeto comentarios desagradables, las mismas refieren a una sintomatología más grave y también pueden escuchar ruidos o música. Por otro lado, las alucinaciones cenestésicas se relacionan con sensaciones de quemazón, hormigueos y cambios del tamaño del cuerpo. Las alucinaciones visuales pueden manifestarse como formas, personas o colores (Sadock & Sadock, 2012).

En cuanto a los delirios, es importante poder diferenciarlo de una creencia firme, ya que en ciertas ocasiones no resulta fácil hacerlo. La distinción de un delirio y una creencia firme depende del nivel de convicción que el individuo mantiene sobre su creencia a pesar de que los hechos reales manifiesten lo contrario (APA, 2013). Con respecto a las ideas delirantes, Jiménez, Ramos y Sanchís (1995) agregan que el delirio de tipo religioso místico implica cierta preocupación por parte del paciente con respecto a ideas religiosas que pudieran llegar a ser reales.

De acuerdo con Sheitman y Lieberman (1998), a pesar de las mejoras producidas en los tratamientos con antipsicóticos, se observa que muchos pacientes con esquizofrenia experimentan a menudo una persistencia de los síntomas siendo infrecuente la remisión completa.

García y Pérez (2003), explican también que los síntomas en la esquizofrenia pueden entenderse como conductas que se derivan de la interacción persona- situación, por lo tanto, el paciente que lo sufre se caracteriza por su poca sociabilidad, ensimismamiento, episodios psicóticos y un deterioro gradual de su persona, en el ámbito familiar, escolar y laboral (Secretaría de Salud de México, 2002).

Realizar un diagnóstico de esquizofrenia no es algo sencillo para los profesionales, ya que se deben tener en cuenta muchos factores relacionados e involucrados, y es muy habitual cometer errores. Para poder arribar a un diagnóstico de la enfermedad, los profesionales deben tener en consideración los antecedentes familiares del sujeto, su evaluación del historial clínico y sintomatología entre otros. Ésta información se puede recabar mediante entrevistas a la persona y a sus familiares o amigos y mediante criterios clínicos reforzados por evaluaciones neuropsicológicas y otros instrumentos de evaluación que pueden ayudar a guiar el diagnóstico y el tratamiento (APA, 2013).

Dicho lo anterior, en general, cuando se realiza un diagnóstico de trastorno mental, éste conlleva la identificación de un síndrome asociado con un deterioro del funcionamiento laboral o social (APA, 2014) que, siguiendo con las directivas de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010), sólo podrá deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria.

Como se mencionó anteriormente el instrumento más utilizado para realizar un diagnóstico y evaluación por profesionales actualmente es el DSM. Este manual describe de manera concisa y minuciosa los criterios diagnósticos de los trastornos mentales, con el objetivo de brindar a los profesionales un lenguaje universal y común (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014).

El formato de estructura del DSM 5, la última versión del manual, está compuesto por dos parámetros dimensionales. En el primer parámetro se encuentran las dimensiones psicopatológicas, el segundo parámetro hace referencia a las evaluaciones dimensionales mediante las cuales se pueden estudiar los síntomas desde una aproximación transversal, lo cual permite que los profesionales piensen el pronóstico de un paciente a través de su cuadro clínico, evaluar la gravedad de los síntomas y por último poder considerar posibles tratamientos para el paciente (Sandín, 2014).

Para establecer el diagnóstico según el DSM 5, se identifican los signos y síntomas asociados a una disfunción laboral y social, el retraimiento es uno de los primeros signos. El espectro de la esquizofrenia debe ser definido en tanto el paciente manifieste al menos 6 meses los síntomas y se debe especificar la gravedad actual en cuanto a los delirios, la desorganización, las alteraciones sensorio-perceptivas como las alucinaciones y también se debe precisar el deterioro cognitivo del paciente si lo presenta (APA, 2013).

Por lo tanto, la realización de un diagnóstico diferencial también complementa y facilita la evaluación diagnóstica. El mismo debe realizarse con: trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar con características psicóticas o catatónicas, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante, trastorno de la personalidad esquizotípica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal, trastorno de estrés post traumático, trastorno del espectro autista, y otros trastornos mentales asociados con un episodio psicótico. Para poder diferenciar la esquizofrenia de otros trastornos psicóticos se realiza una evaluación de los síntomas cognitivos, depresivos y maníacos (APA, 2013).

En este punto, cabe agregar lo que los autores Drake, Xie, McHugo y Green (2000) establecen en cuanto a la comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno por consumo de sustancias, ellos sostienen que es muy común, y que se asocia con una variedad de consecuencias graves, tales como recaídas, hospitalizaciones, violencia y disminución del funcionamiento en general. De cualquier manera, el trastorno psicótico inducido por sustancias, puede distinguirse por la relación cronológica entre el uso de la sustancia y su inicio y, por la remisión de la psicosis en ausencia del uso de dicha sustancia (APA, 2014).

Es por lo previamente dicho que, inicialmente, los prestadores de servicios de salud deben excluir la posibilidad de que una enfermedad orgánica o un trastorno por abuso de sustancias sea la causa subyacente de los síntomas psicóticos. Según APA (2014) la tasa de comorbilidad de la esquizofrenia con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias es elevada y también cada vez se hace más frecuente el reconocimiento de la comorbilidad con trastornos de ansiedad.

Por lo mencionado hasta el momento, es importante que a los pacientes psicóticos agudos se los evalúe sin dilación, teniendo en cuenta que puede haber agitación y falta de cooperación. Se debe hacer que el paciente participe en un diálogo junto con los miembros de la familia y de los amigos. (OMS, 2015).

Por esto, el equipo interdisciplinario debe hacer una evaluación completa para realizar un diagnóstico certero de esquizofrenia y poder así, intervenir a tiempo al paciente con el trastorno y saber reaccionar con prudencia y normalidad ante la sintomatología psicótica (García & Pérez, 2003). Es por esto que Stevens, Prince, Prager y Stern (2014) agregan que hay que prevenir a los profesionales acerca de los factores culturales, intelectuales y de desarrollo que influyen y que deben ser tenidos en cuenta durante el diagnóstico.

3.1.3 Evolución, curso y tratamiento

De acuerdo con Peralta Martín y Cuesta Zorita (2009) en la esquizofrenia se dan tres fases, una primera que se manifiesta por síntomas inespecíficos (preórbita), la segunda (prodrómica) con manifestaciones sintomáticas semi inespecíficas, y una última llamada psicótica con síntomas psicóticos específicos y continuos. Se destaca la importancia de identificar y tratar en forma rápida el primer episodio psicótico, dado que aquellos pacientes con una psicosis que no fue tratada por largo tiempo, requieren luego un tratamiento más extenso a fin de lograr una remisión, la cual además suele no ser completa. Agregado a esto, los síntomas en general y en particular los síntomas negativos, suelen empeorar durante los primeros años de la enfermedad, además de observarse en el desarrollo de la esquizofrenia una retracción de los roles sociales que, producido en edades más tempranas, da como resultado una peor evolución.

Peralta Martín y Cuesta Zorita (2009) mencionan también que la evolución es variable, refiriendo que la misma depende de diversos factores intrínsecos y extrínsecos a la enfermedad, entre los cuales se encuentran: el contar o no con una red de apoyo social de calidad, como también la magnitud de la misma, circunstancias biográficas particulares del paciente, posibilidad o no de acceder al sistema sanitario, etc. Aquellos factores vinculados con una peor evolución son, entre otros, poseer antecedentes familiares de esquizofrenia, pertenecer al sexo masculino, una edad de inicio precoz, presentar un mal ajuste preórbita, una ausencia de factores desencadenantes, falta de conciencia de enfermedad, un comienzo insidioso y una marcada presencia de síntomas negativos en el primer episodio de la enfermedad.

Sadock, Sadock y Ruiz (2015) también distinguen en relación a la esquizofrenia tres fases, pero a diferencia de Peralta Martín y Cuesta Zorita (2009) no mencionan la fase preórbita e incluyen la fase residual, esta última manifestada por un deterioro funcional, como también anomalías en relación a las áreas afectivas, de la cognición y de la comunicación.

En el mismo sentido, McGorry, Killackey, Elkins, Lambert y Lambert (2003) también describen tres momentos en la evolución de la esquizofrenia, y puntualizan además, aspectos y orientación de la terapéutica a tener en cuenta en cada una de ellos:

Fase prodrómica: Tiene lugar antes del comienzo agudo de la enfermedad donde aparecen los síntomas psicóticos positivos, es importante prestar atención en los casos de personas jóvenes a la aparición de determinadas conductas como aislamiento social, problemas de desempeño en ámbitos tales como la escuela o el trabajo en forma sostenida, comportamientos inusuales en relación al entorno y con ellos mismos o situaciones en las surjan estados de agitación o angustia en las que el sujeto sea incapaz de explicar los motivos, principalmente en los casos en los que hay

antecedentes familiares de esquizofrenia en los cuales se observa un riesgo superior de padecerla. Resulta fundamental en esta fase, una apropiada alianza terapéutica con el fin de minimizar retrasos en el tratamiento ante el primer episodio psicótico. En esta etapa no está recomendada la utilización de psicofármacos antipsicóticos.

Primer episodio psicótico: Ante el primer episodio psicótico es fundamental el inicio de un tratamiento tan pronto como sea posible, dado que, tal como también afirman Peralta Martín y Cuesta Zorita (2009), el retraso prolongado está asociado con una respuesta y un resultado más pobre en relación al tratamiento. Se priorizará de ser posible, realizar el tratamiento en un ámbito extrahospitalario a fin de preservar el funcionamiento psicosocial y reducir el trauma, siempre que no se trate de una crisis severa y no exista riesgo cierto de daño hacia sí mismo o hacia terceros. En general se observa una mejor respuesta al tratamiento en los primeros episodios que en los episodios subsecuentes y fases más tardías de la esquizofrenia. En esta fase está indicado principalmente un tratamiento farmacológico con antipsicóticos, de preferencia del tipo de los atípicos, dada su mayor tolerabilidad y menores efectos adversos de tipo extrapiramidales, y en segunda instancia intervenciones psicosociales del tipo de la Terapia Cognitivo Conductual.

Tratamiento de mantenimiento: El tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia a largo plazo debe apuntar a la prevención de recaídas y a evitar la desmotivación, la depresión, el suicidio y el abuso de sustancias, procurando mejorar las relaciones sociales. Por ello, además de la farmacoterapia, la intervención psicosocial se considera un elemento esencial, recomendándose especialmente en esta etapa, programas de habilidades sociales.

De acuerdo a lo mencionado, el tratamiento de la esquizofrenia debe adaptarse a cada etapa de la enfermedad y a sus manifestaciones y necesidades específicas. Esto implica un tratamiento diferencial en función de si se trata de la fase prodrómica, un primer episodio psicótico, una etapa de mantenimiento o bien una esquizofrenia recurrente o resistente al tratamiento, a fin mejorar la sintomatología y evitar nuevos episodios (McGorry et al., 2003).

En relación a los tipos de tratamiento utilizados para pacientes con esquizofrenia, (Sadock et al., 2015) mencionan la farmacoterapia, la terapia electroconvulsiva y los tratamientos psicosociales, entre los cuales incluyen: entrenamiento en habilidades sociales, terapia de apoyo familiar, terapia grupal, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia individual, arte terapia y entrenamiento cognitivo entre otros. El NIMH (s./f.), reconoce entre los tratamientos efectivos para la esquizofrenia, al igual que Sadock et al. (2015), a la terapia cognitivo-conductual. Este tipo de terapia según el NIMH (s./f.), hace foco en el pensamiento y la conducta, resultando especialmente efectiva en pacientes con sintomatología resistente al tratamiento farmacológico. Dicho instituto también menciona que

en estos casos, quien dirige la terapia, enseña a los pacientes a corroborar la realidad de sus percepciones y pensamientos, a tratar de no escuchar las voces que registran en su cabeza y a lidiar con los síntomas en general, ayudando de esta forma a la disminución de la gravedad de dichos síntomas como también a la disminución del riesgo de futuras recaídas.

Según Peralta Martín y Cuesta Zorita (2009) a los fines de la implementación del plan de tratamiento, es importante tener en cuenta el momento de la enfermedad, las situaciones clínicas específicas tales como la existencia de comorbilidades, si se trata de un primer episodio, si registra resistencia al tratamiento como también la determinación del formato de tratamiento más adecuado para cada caso en particular. Así mismo, manifiestan que la parte central del tratamiento es la farmacológica, a partir de la cual se estructuran el resto de los tratamientos. La terapéutica farmacológica se basa en medicación antipsicótica, distinguiendo dentro de la misma a los fármacos de primera generación o típicos y a aquellos de segunda generación o atípicos.

3.1.4 Abordaje farmacológico

Con respecto al tratamiento farmacológico, la gravedad de los síntomas, la etapa evolutiva del paciente, la fase de la enfermedad en la que se encuentra y los antecedentes, son factores indispensables a tener en cuenta al momento de la elección del tratamiento. Los medicamentos más utilizados en los últimos años para casos de pacientes con esquizofrenia son los antipsicóticos típicos y atípicos. Sin embargo, los antipsicóticos más eficaces son los atípicos, y tienen menores efectos extra piramidales (Tajima, Fernández, López Ibor, Carrasco & Díaz Marsá, 2009).

Como se mencionó anteriormente, algunos estudios han demostrado que en el cerebro de las personas con esquizofrenia se produce un exceso de actividad de algunas sustancias químicas como la serotonina, dopamina y glutamato, y se adjudican las crisis que experimentan los sujetos a dichos excesos de sustancias químicas. Asimismo, los antipsicóticos permiten controlar el exceso de dopamina, y a su vez logran regular la modulación que ejerce la serotonina sobre las vías dopaminérgicas (Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 1999).

A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos colaterales indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recaídas (Kane, 1995).

Los nuevos antipsicóticos parecen aportar grandes avances en cuanto a efectos secundarios y a la eficacia en este grupo de fármacos. No obstante, los antipsicóticos atípicos se han relacionado

con diversos efectos colaterales que afectan negativamente la calidad de vida del paciente, junto con ciertas limitaciones en cuanto a su eficacia. Por tanto, existe una continua necesidad de nuevos y mejores fármacos (Tajima et al, 2009).

Según Janicak, Marder y Pavuluri (2011) los antipsicóticos atípicos o de segunda generación que más se utilizan actualmente son la risperidona, la olanzapina, el aripiprazol, la quetiapina, la paliperidona, la asenapina y la clozapina. Estos fármacos demostraron eficacia en el tratamiento de los síntomas positivos, y podrían también serlo en relación a síntomas negativos, cognitivos y del estado de ánimo, con el beneficio en relación a los de primera generación de provocar menor cantidad de síntomas extrapiramidales.

Sanz y Del Río (2010) afirman que desde la farmacología se ha procurado intervenir en los síntomas positivos que afectan fundamentalmente a la estructura y el contenido del pensamiento y de la percepción. Si bien la terapia psicológica ha brindado resultados satisfactorios, la farmacoterapia con medicación antipsicótica es un componente esencial del plan de tratamiento para los pacientes con esquizofrenia.

Jufe (2001) y Stahl (2011) concluyeron que el tratamiento farmacológico para la esquizofrenia consta de dos instancias, la primera implica el tratamiento agudo, y la segunda conlleva el mantenimiento.

En el momento agudo de la enfermedad, el objetivo es eliminar o reducir los síntomas positivos (Jufe, 2001). Uno de los antipsicóticos convencionales más comúnmente utilizados para la esquizofrenia es el haloperidol. Sin embargo, los efectos evidenciados por este medicamento demuestran que los pacientes no logran alcanzar una remisión total de los síntomas positivos (Stahl, 2011).

Cuando el medicamento produce resultados deseados, se mantiene la dosis que se utilizó en el tratamiento agudo alrededor de 6 meses y luego se comienza a disminuir la dosis de la medicación hasta poder alcanzar una dosis de mantenimiento. Se debe continuar dicho tratamiento hasta que el paciente alcance una mejoría, y luego de alcanzarla, se debe continuar otro año. En la etapa de mantenimiento de la medicación, el objetivo es continuar con poca o ninguna sintomatología, reducir recaídas, y facilitar la reinserción social del paciente (Jufe, 2001).

Por otro lado, en el caso de que el haloperidol no sea efectivo para el paciente, se debe considerar otro antipsicótico del grupo de los atípicos como la risperidona. Se debe esperar entre 4 y 6 y hasta 20 semanas para evaluar si el medicamento mostró una buena respuesta. El paciente puede llegar a evidenciar una mejoría del 60% al cabo del año de tratamiento. Se debe continuar con el tratamiento hasta que se logre evidenciar una mejoría y luego aguardar otro año más. El tratamiento farmacológico debe ser de carácter indefinido para los pacientes que tuvieron más de una recaída (Stahl, 2011).

Por consiguiente, si la risperidona no funciona de manera efectiva para el paciente, se debe considerar la clozapina. Es decir, la clozapina se utiliza en los casos de una esquizofrenia resistente, esto quiere decir que se indica solamente en tercera instancia, cuando un paciente no mejoró con dos anti psicóticos previos, ya que este medicamento genera un efecto adverso hematológico (Stahl, 2011).

Es de vital importancia que los profesionales tengan presente que los antipsicóticos se caracterizan por demorarse en iniciar sus efectos, con el fin de no realizar aumentos apresurados de la dosis. Asimismo, mientras se aguarda la espera, en el caso de que el paciente presente problemas de insomnio o ansiedad, se puede recurrir a benzodiazepinas como loracepam o clonazepam, y a su vez se puede recurrir a antirecurrenciales como el litio para estabilizar el estado de ánimo (Jufe, 2001).

Como se señaló anteriormente, el tratamiento farmacológico tiene la finalidad de reducir los síntomas positivos en la esquizofrenia, y ayuda a prevenir recaídas, sin embargo, se ha podido evidenciar que los psicofármacos no bastan para alcanzar la rehabilitación del paciente (González de Chávez, García Cabeza & Fraile Fraile, 1999). Cuando los pacientes comienzan a notar mejorías, creen erróneamente que están curados y por lo tanto comienzan a rechazar el tratamiento, también les suele pasar que comienzan a experimentar emociones y quieren volver al estado del embotamiento afectivo para evitar el sentimiento del dolor. Por este motivo, es de suma importancia destacar la necesidad de acoplar al tratamiento con antipsicóticos, la psicoterapia y el trabajo con la familia para así alcanzar la recuperación de la persona (Jufe, 2001).

Figueres, Fulcar, Méndez, Núñez y Sánchez (2002) aportan también que los antipsicóticos hacen menos frecuentes la aparición de las conductas violentas que pueden presentar y las apariciones de ideas delirantes y alucinaciones.

3.1.5 Abordaje psicoterapéutico

La guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2009) indica que la intervención psicológica, como parte de los tratamientos en la esquizofrenia, pretende los siguientes objetivos: reducir la vulnerabilidad del paciente, disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el estrés y la discapacidad para minimizar los síntomas, reducir el riesgo de recaídas, mejorar la comunicación y las habilidades para afrontar la enfermedad, acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

Si bien los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, ningún síntoma es patognomónico del trastorno (APA., 2014). Esta heterogeneidad ha posibilitado el desarrollo de una serie de terapias, adaptadas a las distintas necesidades y fases de la enfermedad, en combinación con el tratamiento psicofarmacológico (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Pérez Álvarez (2012) afirma que, actualmente, el tratamiento más utilizado es la combinación de medicación antipsicótica y terapia psicológica; esta última es considerada como sustento de la terapia farmacológica.

Se evidencian diferentes formatos de intervenciones en pacientes que padecen dicha enfermedad. Algunas intervenciones consisten en psicoterapia individual, terapia familiar, apoyo en crisis y psicoeducación. La finalidad de los tratamientos terapéuticos actuales ha sido la de buscar la adaptación del paciente a las características del cuadro, y reducir los síntomas psicóticos residuales con el objetivo de prevenir futuras descompensaciones. El cumplimiento del tratamiento, el apoyo social y la adquisición de habilidades necesarias para la vida cotidiana es de carácter fundamental para la eficacia del tratamiento (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Uno de los abordajes terapéuticos más utilizados en la psicosis es la terapia cognitiva conductual (TCC), la misma procura reducir el malestar emocional a través del control de los síntomas, mejorar el funcionamiento global del individuo, y promover el aprendizaje de habilidades que le permitan funcionar de manera independiente (Muñoz Molina & Ruíz Cala, 2007). Goldsmith, Lewis, Dunn, y Bentall (2015) indican que para que un paciente que ha presentado episodios psicóticos se pueda beneficiar de la psicoterapia, es fundamental el establecimiento de un adecuado nivel de alianza terapéutica interdisciplinaria. A su vez, se ha destacado la importancia de la alianza terapéutica en la orientación cognitiva, tanto en el transcurso del proceso terapéutico, como en los resultados del tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) demostró mayor eficacia que otros tipos de intervenciones en la reducción de los síntomas positivos, mientras que el entrenamiento en habilidades sociales demostró ser más eficaz en la reducción de la sintomatología negativa (Turner, van der Gaag, Karyotaki, & Cuijpers, 2014). Los pacientes diagnosticados con esquizofrenia resistente, que han recibido TCC junto a tratamiento farmacológico con clozapina, mejoraron en forma sustancial los síntomas (Elkis & BuckLey, 2016).

La orientación cognitiva ha destacado la importancia de la alianza terapéutica, tanto en el desarrollo del proceso terapéutico, como en los resultados finales del tratamiento. Uno de los primeros en conceptualizar la explicación de dicha alianza ha sido Bordin (1976 como se citó en Corbella & Botella, 2003), quien la definió como un canje y colaboración entre cliente y terapeuta. A su

vez, el autor hizo alusión a tres componentes fundamentales: El acuerdo de las tareas, el vínculo positivo que conlleva la confianza y aceptación mutua, y el acuerdo de los objetivos a realizar en la terapia. Por tanto, muchos investigadores consideran de gran relevancia las cualidades del terapeuta como la empatía y la calidez, para afianzar una buena alianza terapéutica.

El deterioro cognitivo es un concepto utilizado para describir la pérdida o la alteración de las funciones mentales como la percepción, la memoria, el aprendizaje, la orientación al yo y auto psíquica, el lenguaje, la atención y el razonamiento abstracto. Cuando el deterioro es significativo con respecto al nivel previo a la aparición de la enfermedad, genera un importante impacto en el desarrollo de las actividades de la vida diaria del paciente (Russo & Allegri, 2015). Por consiguiente, el trabajo del terapeuta en la terapia mencionada supone acompañar al paciente y guiarlo para favorecer el entendimiento de que los pensamientos y creencias poseen gran poder sobre sus emociones y comportamientos. Por lo tanto, el profesional brinda la enseñanza de nuevos aprendizajes que posibiliten la adherencia del sujeto a pensamientos y habilidades más efectivas que le permitan alcanzar el bienestar psicológico (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010). A su vez, se procura disminuir el estrés que generan las alucinaciones y delirios (Addington & Haarmans, 2006).

En síntesis, la TCC suele ser utilizada por un equipo de atención integral y multidisciplinario, con el objetivo de reducir los síntomas psicóticos y el estrés que estos conllevan, mejorar el funcionamiento psicosocial, pudiendo así favorecer el aumento de la calidad de vida de los pacientes (Travé Martínez & Pousa, 2012).

En cuanto al entrenamiento en habilidades sociales (EHS), Bellack (2004) indica que mejora el funcionamiento social. Es uno de los procedimientos más ampliamente utilizado y evaluado en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos crónicos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Tiene como objeto promover la vinculación social de la persona, procurando un tratamiento cercano a su entorno y que favorezca el mantenimiento de los diferentes roles sociales que el paciente ejercía (Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013).

Aunque los programas de habilidades varían considerablemente en el contenido y en la duración, comparten un conjunto central de estrategias en entrenamiento que se basan en la teoría del aprendizaje social. Estas estrategias pedagógicas proporcionan una base para mejorar los modelos de conducta, el ensayo conductual, el refuerzo positivo, la retroalimentación correctiva y el uso de estas habilidades en la comunidad social (Granholm, McQuaid, & Holden, 2016).

La psicoeducación, es una importante herramienta, que sirve para aumentar el insight del paciente y, sobre todo, para informarlo sobre la enfermedad y los tratamientos existentes. Además, la psicoeducación, asesora y apoya a las familias de los pacientes favoreciendo el enfrentamiento a

los problemas, influyendo en la rehabilitación y en el ajuste social. (Montaño et al, 2013). De la Higuera Romero (2005) indica que, a mayor pertenencia y cumplimiento del tratamiento, mejores pronósticos se obtienen en el mismo.

Beck, Rector, Stolar, y Grant (2010) sostienen que la mayoría de los pacientes llegan a la terapia con prejuicios propios y ajenos sobre lo que es la enfermedad psiquiátrica como “raras”, o “locas”, concibiendo, además, que la esquizofrenia es una locura. Es importante entonces, humanizar o normalizar estos prejuicios. Una de las intervenciones frecuentes es utilizar la psicoeducación para aclarar el papel del estrés, de la privación sensorial y también la privación de sueño como causante de las voces y creencias delirantes. Los autores también señalan que otro aspecto consistiría en explicarles los diferentes grados de la enfermedad. Según los mismos autores, la psicoeducación evalúa el grado de introspección del paciente, y de cuan consciente es, de que los demás no comprendan su habla o no lo entiendan. Respecto a los síntomas negativos, los pacientes pueden no reconocer la existencia de los mismos, pero sí son capaces de observar los efectos inmediatos de la abulia y de la falta de sociabilidad.

El abordaje a partir de la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y la psicoeducación, se enfoca en recuperar la funcionalidad y mejorar la capacidad del individuo respecto a la conciencia de la enfermedad, el establecimiento y mantenimiento de vínculos con las otras personas y una menor estigmatización del paciente (Beck et al, 2010).

Dicha rehabilitación cognitiva, es uno de los pilares en el tratamiento de los delirios, según los mismos autores el objetivo inicial es inculcar un modo de cuestionamiento de creencias. La estrategia se basa en reducir la convicción y el malestar asociados a las creencias que provocan los delirios. En aquellos pacientes con creencias delirantes múltiples, se suele comenzar con el cuestionamiento de los delirios menores. El peligro de intentar socavar una creencia, que cuenta con elevada convicción, es que puede ser percibida como amenazante por el paciente, y conducir así a una formación reactiva, o paradójamente fomentar el grado de convicción. Idealmente, se aspira a trabajar con la lógica del pensamiento (Beck et al, 2010).

3.2 Hospital de día

El Hospital de Día es un dispositivo para pacientes con trastornos psiquiátricos y psicológicos que afectan gravemente su posibilidad de relación social. Este dispositivo multidisciplinario incluye diferentes espacios (atención psicológica y psiquiátrica, talleres de expresión artística, asambleas, atención familiar, etc) interrelacionados entre si que tienden al restablecimiento de los lazos sociales a partir de la recuperación de la capacidad de producción individual (Alazraqui, 2010).

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (s./f.), en su Guía de Gestión del Hospital de Día Psiquiátrico, precisa las características generales del dispositivo de Hospital de Día Psiquiátrico, definiéndolo como un dispositivo asistencial de tratamiento activo de trastornos mentales en horario diurno. De esta manera, se entiende al dispositivo asistencial como una institución sanitaria integrada en la red de prestación de cuidados médicos del sistema de salud y al tratamiento, como a la aplicación de toda técnica y procedimiento terapéutico que a través del avance científico y la experiencia clínica se demostraron como efectivas para el alivio, mejoría o en su defecto la curación de un proceso patológico en actividad.

En la referida Guía también se menciona que el perfil de los pacientes del Hospital de Día, está conformado por aquellos pacientes con sintomatología activa, capaces de colaborar y entender el tratamiento que cursan, que no posean conductas disruptivas en exceso o heteroagresivas y sin riesgo de suicidio, estando recomendado principalmente para Trastornos Psicóticos, de Personalidad, Afectivos y de Alimentación. Dentro de las actividades terapéuticas más importantes se encuentra la Psicoterapia de Grupo, la Terapia ocupacional, talleres de trabajo individual y grupal como técnicas de resocialización, grupos de lectura y escritura y artes plásticas entre otros.

Zeeck et al (2009) exponen que en los Hospitales de Día se trabaja de forma interdisciplinaria en donde se integran varios profesionales de diferentes ámbitos (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, enfermeros, entre otros) para trabajar en equipo ofreciendo técnicas de carácter individual y/o grupal. Son caracterizados por ser muy estructurados y por proveer programas multimodales de tratamiento, tales como fármacoterapia, psicoterapia, trabajo social, entre otros. Los pacientes son tratados en un contexto grupal usado para propósitos terapéuticos.

En un estudio realizado en Canadá por Lariviere, Desrosiers y Tousignant (2010) se evidenció que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia se ven beneficiados en varios aspectos de su enfermedad y su funcionamiento cotidiano durante el tratamiento de Hospital de Día. Al realizar seguimientos de caso se notó que luego de ser dados de alta la mayoría de pacientes continuó progresando de forma positiva en actividades diarias y roles sociales, aunque aún acompañados por el respectivo tratamiento farmacológico. Por otro lado, plantean que aunque el tratamiento de Hospital

de Día beneficie de gran manera a pacientes esquizofrénicos, al principio se puede llegar a dificultar pues la mayoría de pacientes psicóticos, en comparación a personas con otros diagnósticos, tienden a percibirse menos afectados de lo que en realidad se encuentran y pueden no tener consciencia de enfermedad por lo que se debe saber de qué manera intervenir para que no se dificulte el proceso terapéutico.

El primer Hospital de Día en Psiquiatría fue creado en 1932, en Moscú, comenzó debido a la falta de camas para los pacientes y por la falta de financiación en un hospital psiquiátrico para enfermos mentales graves. Luego en 1947, se creó un hospital de día experimental en Montreal, Canadá. Se abordaron diferentes temáticas, una de ellas fue hacer que el individuo asistiera al tratamiento únicamente durante el día con el propósito de estimular la vida comunitaria. Los resultados fueron bastante favorables ya que los pacientes no se aislaban completamente de la sociedad. Desde entonces se fueron creando más hospitales de día alrededor del mundo (Olivos, 2001).

Según Benett (1981, citado en Mak, 1994) su desarrollo llevó bastante tiempo y fue hasta 1960 que la mayoría de países industrializados comenzaron a utilizar el modelo de atención en psiquiatría de la comunidad, siendo una de las primeras formas de cuidado comunitario de la salud, aportando un servicio alternativo para los pacientes con síntomas graves de enfermedad. Desde entonces el panorama ha cambiado progresivamente. Ha disminuido la concurrencia de pacientes tratados por medio de hospitalizaciones psiquiátricas. El tratamiento es más humano y ha mejorado la atención a los individuos, como también más pacientes se han dado de alta a comparación con los que han sido internados.

Las primeras modalidades con las que trabajaron en los hospitales de día sirvieron para desinstitucionalizar a pacientes con sintomatología crónica que se encontraban encerrados en hospitales psiquiátricos. Poco a poco los modelos de éstos dispositivos se fueron adaptando no solamente para los pacientes crónicos sino también para sintomatología agudas y sub agudas. (Olivos, 2001).

3.3 Terapia de grupo

La terapia de grupo en la esquizofrenia tiene ya una larga historia, desde sus inicios en los años 20 con la aplicación de técnicas de discusión en grupo y lecturas de apoyo. La psicoterapia de grupo se ha mostrado similar en eficacia a la psicoterapia individual y en algunos casos más aún, aumentando el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y rehospitalizaciones, mejorando el cumplimiento, las relaciones sociales y el funcionamiento global (Cabeza, 2008).

Kanas (1996) revisa todos los estudios de terapia de grupo encontrando resultados muy favorables sobre todo en el ámbito ambulatorio y más pobre en el caso de grupos durante las internaciones. Según Cabeza (2008) la terapia de grupo aporta una serie de beneficios en el abordaje del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples interacciones que favorecen el insight y el aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta. El grupo ejerce así una acción multiplicadora de los efectos terapéuticos: facilita a los pacientes un contexto realista y específico de referencia, facilita las relaciones del paciente con el equipo terapéutico, facilita un mejor conocimiento y autoconocimiento y por último facilita y acelera el proceso terapéutico.

Otra de las particularidades de la psicoterapia de grupo es su flexibilidad, siendo posible la aplicación de distintas aproximaciones teóricas (educativas, cognitivas, interpersonales, analíticas, etc.) dentro del marco grupal, si bien al igual que con las intervenciones individuales, la tendencia actual es hacia la integración de los distintos abordajes predominando sobre los marcos teóricos de intervención las necesidades del paciente y su situación clínica. (Gonzalez de Chavez, Garcia Cabeza & Fraile Fraile, 1999).

Las terapias de grupo pretenden ser un eje fundamental en los programas de tratamientos de los pacientes esquizofrénicos. Su utilización conjunta con terapias individuales y/o familiares, con farmacoterapia y con terapias rehabilitadoras, puede favorecer enormemente la eficacia de los programas terapéuticos. (González de Chávez & Garcia Ordas Alvarez, 1992).

Estos mismos autores creen que la psicoterapia de grupo ofrece un conjunto de factores facilitantes para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos y los diferencian en tres grupos distintos:

- Facilita un contexto realista y específico de referencia, el grupo ofrece a los pacientes un contexto nuevo, más igualitario y completamente distinto de la relación intersubjetiva de la psicoterapia individual, la cual suele ser más desigual, estrecha, dependiente y más expuesta a confusiones interpretativas y transferenciales. El grupo lo constituye un conjunto variado de personas que comparten muchas similitudes y que pueden reconocer, aceptar y entender. El grupo de psicoterapia permite a sus miembros adquirir una visión dinámica de sus vidas y el sentido del tiempo y la evolución de sus progresos terapéuticos. El testimonio y la observación de la mejoría de los otros fundamenta las esperanzas en la propia mejoría y ayuda a superar desmoralizaciones y dificultades, el grupo permite recibir y luego dar ayuda. Finalmente, el grupo es también una realidad tangible, estimulante y socializadora, que sirve de guía y apoyo. Promueve la participación de sus miembros y funciona reforzando el cumplimiento terapéutico y la motivación.

- El grupo de psicoterapia facilita las relaciones del paciente esquizofrénico con el equipo terapéutico. Aunque es mejor y más conveniente iniciar el establecimiento de una adecuada alianza

terapéutica durante el conocimiento y evaluación de los pacientes, también es cierto que con la posterior introducción del paciente en el grupo de terapia se facilita aún más la relación terapéutica y se reducen en gran medida el estrés, las dificultades y complicaciones transferenciales y contratransferenciales que suelen presentarse en las psicoterapias individuales con los pacientes esquizofrénicos. Si la introducción del paciente en el grupo se realiza rápidamente luego del comienzo de la psicoterapia individual, el contexto grupal da más realismo a la relación y a la figura del terapeuta.

- La psicoterapia de grupo facilita y acelera el proceso psicoterapéutico. Inicialmente consolidada la alianza terapéutica, y permitiendo al paciente una situación realista y de gran autonomía en la comunicación con el grupo, la dinámica grupal acelera llamativamente la aceptación más temprana de las peculiaridades psicopatológicas subjetivas de sus experiencias psicóticas.

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, teniendo como objeto de análisis cualitativo un caso único, con un abordaje profesional.

4.2 Participantes

El participante elegido para realizar el siguiente trabajo se llama Santiago y tiene 46 años de edad en la actualidad. Una de sus hermanas solicitó una entrevista de admisión en la institución a mediados del año 2016. Al momento de la entrevista llegó acompañado por esta misma hermana.

Durante la admisión Santiago refirió que realizaba tratamiento en otra institución que había cerrado donde le habían indicado que debía continuar con tratamiento en Hospital de Día. Su equipo tratante también acordó con esta indicación, y desde su obra social le recomendaron esta institución en particular, por lo cual le pidió a su hermana que solicite una entrevista.

El diagnóstico de Santiago es de esquizofrenia paranoide, manifiesta alucinaciones de tipo auditivas pero se encontraba compensado al momento de la entrevista. Tiene cuatro hermanos en total y muy buen vínculo con todos, actualmente vive con su hermana (quien lo acompaña a la entrevista) y el hijo de ella.

Luego de realizada la admisión se indica Hospital de día con una frecuencia de lunes a viernes en el turno mañana, y se realiza una comunicación telefónica con su equipo tratante conformado por Psicólogo y Psiquiatra a fin de recabar mas datos sobre el paciente y establecer los lineamientos generales del tratamiento. En la institución se le asigna un profesional que actuará como Referente y acompañará al paciente en su día a día dentro de la institución.

El referente es de sexo masculino y tiene 37 años, es Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, realizó la residencia completa en Psicología Clínica entre el 2008 y el 2012 en el Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. En esta institución forma parte del equipo de Hospital de Día como coordinador de tratamiento de pacientes desde hace 4 años.

4.3 Instrumentos

Se realizaron observaciones no participantes de las actividades en las que participó el paciente dentro de la institución junto con entrevistas semi estructuradas al referente del paciente y al equipo tratante.

En las entrevistas a los profesionales (referente y coordinadora del espacio de terapia grupal) se tuvieron como ejes: el relevo de datos sobre los motivos de su derivación al hospital de día, las particularidades del abordaje terapéutico y psicofarmacológico implementado, la participación del paciente en espacio de terapia grupal, las intervenciones realizadas y el resultado en la evolución de su cuadro como así también la evaluación del equipo con respecto a la posibilidad de alta. Se utilizó todo material e información incluido en su historia clínica, como entrevista de admisión, la evolución realizada por su equipo y exámenes médicos realizados al paciente.

4.4 Procedimiento

El material requerido para llevar a cabo este trabajo fue recolectado mediante la observación no participante de los espacios a los cuales asistió el paciente dentro de Hospital de Día durante su tratamiento. Fueron espacios de interés los talleres grupales, las asambleas colectivas y la información de los espacios de terapia grupal brindada por los profesionales. Estos datos fueron recolectados a través de entrevistas semi estructuradas al referente del paciente, a los coordinadores del espacio de terapia grupal y el resto de los datos son extraídos de la historia clínica del paciente.

El paciente concurría a psicoterapia una vez por semana y a terapia grupal dos veces por semana, era evaluado por su Psiquiatra una vez cada 15 días, en sesiones de 30 minutos aproximadamente.

5 Desarrollo

5.1 Introducción al caso

El paciente es de sexo masculino, se llama Santiago y tiene 46 años. Tiene seis hermanos de los cuales uno falleció en la niñez y no llegó a conocer; ambos padres han fallecido. Acudió a la entrevista de admisión en la institución acompañado por una de sus hermanas, con la cual convive actualmente junto al hijo de ésta.

Viene derivado de otra institución que ha cerrado y con recomendación de su equipo tratante de continuar tratamiento en Hospital de Día, el tratamiento en este dispositivo es muy importante para Santiago ya que como menciona Alazraqui (2010) se realizan actividades que tienden al restablecimiento de los lazos sociales mediante la recuperación de la producción individual. El diagnóstico es de esquizofrenia.

Según refiere su hermana el paciente tuvo una primera descompensación a los 25 años, momento en el que presentaba alucinaciones auditivas y conductas desorganizadas, de acuerdo al DSM 5 (APA 2013), estos síntomas son característicos de la esquizofrenia. En ese momento comenzó tratamiento psiquiátrico y debió ser internado en los años 1996 y 1997 por dejar de tomar la medicación. Entre los años 1997 y 2003 el paciente se mantiene estable y trabajando como taxista hasta que, nuevamente tras dejar la medicación, se va de viaje a Brasil donde se encontraba trabajando uno de sus hermanos, allí se pierde y luego de unos días se comunica telefónicamente con su familia, quienes van a buscarlo y al regreso lo internan. Desde entonces ha ido alternando tratamientos en Hospital de Día con internaciones siendo la última de ellas en el año 2015.

Luego de esta última internación el paciente refiere querer hacer las cosas bien con respecto a la medicación y desea comprometerse con el tratamiento, como menciona De la Higuera Romero (2005) a mayor pertenencia y cumplimiento del tratamiento mejores pronósticos se obtienen en el mismo. Su hermana lo ayuda controlando las tomas de medicación así como la ingesta de alcohol, con la cual tuvo problemas en el pasado.

Con respecto a las alucinaciones auditivas el paciente refiere escuchar dos voces, una femenina que lo protege y lo aconseja y otra masculina que lo insulta y le ordena hacer cosas, en ese contexto su hermana refiere episodios de autoagresividad por parte de Santiago.

Santiago también menciona policonsumo en su adolescencia, según APA (2014) la tasa de comorbilidad de esquizofrenia con el consumo de sustancias es elevada. Esto tuvo como consecuencia el contagio de VIH y hepatitis C a la edad de 18 años, por ambas enfermedades se encuentra en tratamiento y controlado.

El padre de Santiago falleció hace 3 años a causa de un accidente cerebro vascular y su madre en el año 2004 en un accidente automovilístico en el cual manejaba su padre. Con respecto a ellos Santiago ubica a su madre como muy sobreprotectora y a su padre como “muy bravo pero de buen corazón”, refiere que la muerte de su madre lo afectó mucho y que desde ese momento ocupó su rol en la casa cocinando para su padre y sus hermanos, al menos hasta el fallecimiento del padre.

Santiago menciona que el día que su madre fallece en el accidente automovilístico él había salido con amigos e ingerido alcohol, al poco tiempo de este hecho fallece también uno de sus amigos más cercanos, por lo cual desde ese momento decidió no tener más amigos.

5.2 Identificar el motivo de consulta, la sintomatología y diagnóstico del paciente

La información que a continuación se describe se desprende de la lectura de la historia clínica del paciente y de entrevistas con el Referente de Santiago y no ha sido observada desde la observación clínica directa.

La historia clínica del paciente es confeccionada y actualizada periódicamente por el Psicólogo a cargo del paciente durante su tratamiento en Hospital de Día. El profesional mencionado ocupa el rol de Referente del paciente, encargándose de la historia clínica, de mantener encuentros semanales con él a modo de seguimiento, de comunicarse y mantener el contacto con el equipo tratante a fin de informar la evolución y novedades y de brindar un espacio individual en cualquier momento que el paciente lo solicitara para atender a sus diversas demandas.

Luego de asistir varios años a una institución para realizar Hospital de Día, Santiago descubre que el lugar mencionado cerraba sus puertas, quedándose por este motivo sin tratamiento lo cual según sus palabras lo “desestabilizó un poco”. Por ello tanto su equipo tratante como la institución recomendaron que continúe su tratamiento en otro Hospital de Día. Desde su obra social le recomendaron la institución donde se realizó la práctica y eso llevó a Santiago y a su hermana a solicitar una entrevista.

Santiago refiere con respecto a su motivo de consulta que “necesita hacer talleres porque sino no hace nada en la casa y se pone nervioso y piensa que algo malo va a pasar”, necesita ocupar su tiempo en actividades, tener un motivo para salir de su casa y quizás volver a sociabilizar. Los pacientes con esquizofrenia que asisten a Hospital de Día se ven beneficiados en varios aspectos de su enfermedad y vida cotidiana progresando de manera positiva en actividades diarias y roles sociales (Lariviere et al., 2010). También menciona que quiere continuar con tratamiento en Hospital de Día ya que donde asistía previamente cerró y siente que “se quedó en pampa y la vía”. Al momento

de la entrevista Santiago se encuentra vigil y orientado globalmente, su aspecto es prolijo y arreglado y su estado de ánimo es muy bueno.

Santiago menciona que su primer episodio psicótico fue en el año 1996 cuando tenía 25 años, refiere haber tenido un “trastorno del pensamiento”, miedo a que alguien muera y luego comenzó a escuchar voces injuriantes y amenazantes, en este contexto se produjo su primera internación donde fue medicado con risperidona a lo cual comenta que aún tomando la medicación seguía escuchando estas voces. Este momento sería el primer episodio psicótico según McGorry et al., (2003) y mencionan que es fundamental el comienzo inmediato del tratamiento con antipsicóticos.

Un tiempo después discontinúa la medicación motivo por el cual vuelve a ser internado en el año 1997, refiere que en ese momento entendió que no podía dejar de tomar la medicación y nuevamente le indican risperidona. Según Tajima et al., (2009) los antipsicóticos atípicos se relacionan con diversos efectos colaterales que afectan la vida del paciente de manera negativa, con relación a esto Santiago mencionó que el psicofármaco le generaba aumento de la presión e impotencia sexual.

Mantiene un período bastante extenso de la toma de la medicación con un aumento de estabilidad hasta que en el año 2003 vuelve a abandonar la medicación, momento en el cual se intensifican los síntomas, especialmente las alucinaciones auditivas y el pensamiento desorganizado. La evolución es variable y depende de factores tanto intrínsecos como extrínsecos (Peralta Martín & Cuesta Zorita 2009). Como consecuencia Santiago vuelve a ser internado debiendo abandonar su trabajo como taxista, al alta continuó con tratamiento en Hospital de Día y nunca más volvió a trabajar.

Al iniciar su tratamiento en la institución, Santiago comienza a tener entrevistas con su Referente, se detallarán a continuación algunos datos de esas entrevistas.

El paciente comenta encontrarse de buen ánimo y con muchas expectativas, valorando el espacio de Hospital de Día, esto es fundamental ya que como menciona el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (s./f.) el perfil de los pacientes de Hospital de Día está conformado por aquellos capaces de colaborar y entender el tratamiento que cursan, siendo esto muy beneficioso para su evolución. Refiere que escucha menos las voces y que gracias a eso siente menos miedo, con respecto a este tema, comenta que suele escuchar dos voces distintas, una femenina que lo aconseja y lo ayuda a hacer cosas como ordenar su cuarto y rezar antes de dormir pero a la vez le advierte sobre hechos desgraciados como la guerra en medio oriente; las alucinaciones auditivas que le hacen al sujeto comentarios desagradables o las de comando suponen una sintomatología más grave (Sadock & Sadock, 2012). Destaca el lugar de esta voz femenina mencionando que suele decirle cosas enigmáticas

cas en general de contenido místico pero que lo calman y le ayudan a pensar, señala además que esta voz lo ayuda a “sacarse a sus padres de la cabeza”. Con respecto a la otra voz, refiere que es masculina, la misma lo insulta y le ordena hacer cosas como lastimarse y esto le genera mucho miedo, por lo cual acude a la música o a la lectura en esos momentos para disminuir el miedo.

Santiago refiere también tener manifestaciones a nivel corporal, por ejemplo, a veces siente palpitaciones y fuerte sudoración, sin que ello esté acompañado de pánico o miedo y lo interpreta como parte de un castigo o “cruz” que debe llevar, en esos momentos la “voz maternal” intenta darle consejos y ayudarlo diciéndole “cuidate vos primero”, gracias a estos consejos Santiago refiere sentirse “más maduro” al momento de afrontar estos fenómenos. Destaca que después de mucho tiempo volvió a cocinar y se mostró interesado en hacer un curso de dibujo y pintura, como menciona la APA (2014) el diagnóstico de trastorno mental suele estar asociado con un deterioro del funcionamiento laboral o social, por ello estos intereses que demuestra Santiago en realizar actividades podrían reflejar una mejora en su sintomatología.

En entrevistas posteriores Santiago menciona que en las últimas semanas hizo un “desarreglo” con la medicación, refiere haber tomado medicación de más porque quería dormir, no sabe muy bien porque lo hizo pero lo atribuye a que “en sus pensamientos se acercaba a la verdad”, comenta que ésta aceleración de su pensamiento suele ser consecuencia de síntomas de ansiedad a nivel del cuerpo (palpitaciones y sudoración). Según la APA (2014) cada vez se hace más frecuente el reconocimiento de la comorbilidad de esquizofrenia con trastornos de ansiedad.

Comenta que sigue escuchando las voces y que las mismas le dijeron que deje de investigar sobre los motivos de su enfermedad y sobre la religión, específicamente que “deje de buscar la verdad y se preocupe por sí mismo”, durante esos días su sobrino tuvo un accidente y lo interpretó como un mensaje al respecto. Por otro lado menciona haber empezado a jugar fútbol los sábados con uno de sus hermanos y tenía ganas de comenzar natación. Más adelante Santiago mencionará seguir escuchando las voces pero que las escucha con menor intensidad y que gracias a esto tiene muchos momentos de paz, Figueres et al. (2002) aportan con respecto a esto que los antipsicóticos reducen las apariciones de ideas delirantes y alucinaciones. Refiere que la mayoría de las veces son voces agradables pero que en ocasiones son voces de personas o dioses que discuten entre ellos, al ser consultado niega voces de comando e ideas autolesivas.

El diagnóstico de Santiago es Esquizofrenia de tipo paranoide. Según el DSM 5 la sintomatología debe persistir más de 6 meses para poder realizar el diagnóstico. Los criterios diagnósticos para esquizofrenia según el DSM 5 son los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos como

aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Al momento de realizar este trabajo el cuadro del paciente se encuentra estable y se mantiene en buen estado físico y anímico. A pesar de esto se puede saber a través de su historia clínica que Santiago comenzó con alucinaciones a la edad de 25 años, momento donde empezó a escuchar voces injuriantes y amenazantes, y según sus palabras sufrió “un trastorno del pensamiento creyendo que algo malo estaba por ocurrir”, en este caso se cumplirían los dos primeros criterios según el DSM 5 para el diagnóstico de esquizofrenia (ideas delirantes y alucinaciones). Estos síntomas duraron alrededor de un año período en el cual tuvo varias internaciones. Luego de esto el paciente mantiene períodos muy inestables con respecto a la toma de la medicación, lo que trae como consecuencia que los síntomas mencionados persistan. En estos momentos de abandono de la medicación el paciente comienza a presentar comportamiento desorganizado que lo lleva a viajar a Brasil y extraviarse, lo cual se relaciona con el cuarto criterio diagnóstico del DSM 5, este comportamiento provoca una nueva internación.

Luego de esta última internación el paciente continúa tomando la medicación la cual manifestaba que le producía lentitud, aumento de la presión e impotencia sexual, generándole angustia y malestar emocional. En su historia clínica se describe que presentaba también aplanamiento afectivo y abulia, correspondiéndose con el último criterio diagnóstico del DSM 5.

El discurso desorganizado es otro de los criterios diagnósticos pero en el caso de Santiago esta característica no está presente sino todo lo contrario ya que mantiene un lenguaje correcto y ubicado en tiempo y espacio. Por otro lado, según el DSM 5, también se deben tener en cuenta síntomas relacionados a la disfunción laboral y social, en el caso de Santiago la disfunción laboral está presente ya que no pudo retomar su trabajo como taxista y en la actualidad vive de una pensión laboral de su padre. En el plano de lo social se encuentra estable y mantiene fuertes lazos con su familia y con sus compañeros de Hospital de Día.

En la actualidad los síntomas que se mantienen son las ideas delirantes y las alucinaciones pero según los terapeutas de Santiago estos no afectan en como se desenvuelve en sus actividades de la vida diaria.

5.3 Describir abordaje psicoterapéutico y farmacológico

5.3.1 Abordaje psicoterapéutico

La información relacionada con los espacios terapéuticos, tanto el del Psicólogo como el del Psiquiatra, fue obtenida a través de las entrevistas que la alumna mantuvo con el referente de Santiago, ya que ninguno de los profesionales mencionados pertenecía a la institución y no se pudieron realizar entrevistas personales. El referente mantenía conversaciones semanales con ambos y de ese modo pudo relatar los datos que se describirán a continuación.

El terapeuta de Santiago se encuentra trabajando con él desde aproximadamente 4 años y mantiene un diálogo fluido con el Psiquiatra a cargo e informa con bastante regularidad al Referente sobre cualquier novedad del caso lo cual permite que el tratamiento sea más integral, en la actualidad Santiago y su terapeuta mantienen encuentros semanales.

El terapeuta remarcó que durante la primer etapa del tratamiento fue esencial forjar una alianza terapéutica con el paciente a través de la confianza y empatía, y por este medio poder conseguir un compromiso por parte de ambos, según Bordin (1976 como se citó en Corbella & Botella, 2003) es fundamental la colaboración entre cliente y terapeuta para obtener mejores resultados. De esta manera, el profesional se centró en lograr que el paciente se sienta comprendido por lo que decidió adoptar un punto de vista flexible con respecto a los pensamientos y emociones de Santiago. Utilizó la herramienta de la escucha con la finalidad de que el paciente pueda sentirse seguro de poder contar sus problemas. Por otro lado catalogó a Santiago como “una persona con la que se puede hablar, con sentido común”, “de esos pacientes que uno piensa que tienen mejor pronóstico”.

Posteriormente, el profesional se centró en enseñarle estrategias de afrontamiento a la enfermedad, como por ejemplo la adopción de un calendario de actividades diarias con el objetivo de lograr un cambio comportamental y fomentar sentimientos de control como señalan Muñoz Molina y Ruíz Cala (2007).

El profesional remarcó que durante esta etapa del tratamiento es importante que se forje una alianza terapéutica con el paciente por medio de la confianza y empatía, y de esta manera poder conseguir un compromiso por parte de ambos, como destacaron Goldsmith et al. (2015).

El terapeuta remarcó que uno de los desencadenantes de su enfermedad podría ser que cuando Santiago tenía 24 años tuvo una novia que se llamaba Myriam que lo abandonó para casarse con un amigo de él mencionando que esta situación generó una crisis en su vida, estos pacientes están influenciados por sus propias experiencias de vida por lo cual tienen síntomas únicos y subjetivos (Machado & Morales 2013). El terapeuta comenta que poco tiempo después de este hecho Santiago tuvo su primera descompensación psicótica.

Durante los años de tratamiento el terapeuta ha trabajado con Santiago para lograr conciencia de enfermedad, utilizando para esto la estrategia de la psicoeducación que como mencionan Beck et al., (2010) es una técnica fundamental para lograr este objetivo. El terapeuta menciona un episodio reciente en el cual Santiago se encontraba en su casa y una voz le dijo “sos historia”, esta frase lo angustió y entonces las voces se retiraron, pero luego las provocó para que volvieran a aparecer y cuando reaparecieron Santiago “se activó” y se puso a realizar actividades en su casa ya que según sus palabras se sintió muy motivado. Luego de trabajar en la sesión sobre esta situación Santiago reconoció que prefiere convivir con estas voces a no tenerlas ya que considera que solo así puede enfrentar sus problemas y encontrar la motivación para hacer cosas.

Según el terapeuta, Santiago menciona que logra identificar cuando una posible descompensación se aproxima y trata de realizar actividades positivas, como por ejemplo, la última vez que se sintió así compró latas de pintura y decidió quedarse tres días encerrado en su casa renovando las paredes del lugar, ya que según sus palabras “no quería andar vagando en la calle en ese estado” esto se condice con lo expuesto por Granholm et al., (2016), quienes mencionan que la psicoeducación y los programas de habilidades son estrategias que mejoran los modelos de conducta.

5.3.2 Abordaje farmacológico

Para abordar un tratamiento farmacológico adecuado se han tenido en consideración la gravedad de los síntomas, la fase de la enfermedad y los antecedentes del paciente, como mencionaron Tajima et al. (2009) dichos factores son esenciales para la elección del plan farmacológico. Según refiere el Psiquiatra a cargo y extraído de la historia clínica, en un principio, Santiago se encontraba en un estado agudo presentando síntomas positivos tales como alucinaciones e ideas delirantes, y síntomas negativos como el aplanamiento afectivo, y abulia ya que durante los años que llevaba desde su diagnóstico a la edad de 25 años el tratamiento nunca fue continuado debido a que abandonaba la medicación con frecuencia.

Los autores Jufe (2001) y Stahl (2011) refirieron que el tratamiento de la enfermedad en cuestión consta de una primera instancia de tratamiento agudo y una segunda instancia de mantenimiento. En pacientes de estas características se suelen utilizar benzodiacepinas, antipsicóticos y estabilizadores del estado del ánimo.

En el caso de Santiago, la medicación que se le administró en un principio fue haloperidol 10 mg y loracepam 25 mg sin embargo, luego de un tiempo se sustituyó el haloperidol por 2 mg de risperidona, ya que el medicamento no resultó demasiado efectivo. Según Janicak et al, (2011) la risperidona es uno de los antipsicóticos atípicos más utilizados.

En lo que respecta a los efectos adversos, el Psiquiatra relató que durante la administración de la risperidona el paciente comenzó a presentar disfunción sexual y enlentecimiento motor, lo cual dificultaba enormemente el encuentro con mujeres. El psiquiatra vió esta situación como una gran amenaza para el tratamiento, ya que aumentarían las probabilidades de abandonarlo por el hecho de que Santiago es un paciente que necesita relacionarse y a su vez le cuesta entablar vínculos de cercanía con las personas desde la muerte de su madre y dicha disfunción sexual podría incentivar sentimientos de vergüenza y llevarlo a aumentar su tendencia al aislamiento social, entorpeciendo la red social. Por estos motivos, Stahl (2011) refiere que en el caso de que dos antipsicóticos no resulten efectivos, se debe considerar la administración de clozapina, debido a que si no se tomaban medidas el paciente iba a abandonar la medicación teniendo en cuenta sus antecedentes, se modificó el plan de medicación. En la actualidad el tratamiento farmacológico de Santiago está compuesto por los siguientes fármacos: clozapina 250 mg, clonazepam 2 mg y prometazina 25 mg. ya que manifestaba problemas de insomnio.

El Psiquiatra comenta que Santiago suele tomar la medicación con alcohol, como señalan Drake et al, (2000) la comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno por consumo de sustancias es muy común y se asocia con una variedad de consecuencias graves, tales como recaídas, hospitalizaciones, violencia y disminución del funcionamiento en general. Por este motivo el profesional es enfático en su contraindicación de la ingesta de los fármacos con alcohol.

Por otro lado el Psiquiatra informa al Referente que Santiago se mantiene estable en su cuadro de base y que persiste la ideación paranoide y las alucinaciones auditivas a pesar del cambio de medicación acordando con Sheitman y Lieberman (1998) quienes refieren que se suele observar una persistencia de los síntomas en muchos pacientes siendo infrecuente la remisión completa. De todos modos se menciona que estos fenómenos no condicionan la conducta del paciente.

5.4 Analizar efectos de terapia grupal en el tratamiento

La información que a continuación se expone surgió de la entrevista realizada a la coordinadora del espacio de terapia grupal y no fue observada directamente. Santiago asiste a terapia grupal dos veces por semana dentro de Hospital de Día, las sesiones duran 40 minutos aproximadamente y el grupo está dirigido por una Psicóloga perteneciente al equipo de la institución.

La profesional comenta que dentro del espacio de terapia grupal el paciente tiene una participación activa y espontánea, las terapias de grupo favorecen la eficacia de los programas terapéuticos (González de Chávez & Garcia Ordas Alvarez 1992). Santiago realiza intervenciones muy per-

tinentes y siempre que algún compañero habla de algún tema en particular él logra hacer comentarios relacionados a la temática y es capaz de seguir el hilo de la conversación, remarca que frente a esto suele tener mucha agudeza con respecto a sus opiniones.

Santiago destaca a menudo el valor y la importancia que tiene para él asistir a este espacio grupal ya que lo ayuda mucho en su tratamiento ofreciéndole amigos y compañeros con los cuales charlar, tal como menciona Cabeza (2008) la psicoterapia grupal aumenta el entusiasmo de los pacientes, disminuyendo recaídas y aumentando el cumplimiento del tratamiento, las relaciones sociales y el funcionamiento global.

Resulta muy interesante para la Psicóloga la gran conciencia de enfermedad que tiene Santiago, sobre todo en relación a su sintomatología delirante. Esto se contrapone a lo expuesto por Larivière et al, (2010) quienes mencionan que es muy común que los pacientes con esta enfermedad no comprendan lo afectados que están y no tengan conciencia de enfermedad, en el caso de Santiago esto es algo sumamente favorecedor para su tratamiento.

Comenta una situación en particular de la cual Santiago habló durante la terapia, su familia le entregó hace un tiempo un celular para que pudiera estar comunicado con ellos cuando lo necesitara, al principio los llamaba de manera insistente lo cual relató se había tornado molesto para sus familiares ya que lo hacía constantemente, pero en el último tiempo estaba tratando de moderar ésta conducta, utilizando sus momentos de soledad para pensar y reflexionar al respecto, según sus palabras “la soledad lo ayuda a encausarse”. Por otro lado decidieron armar un grupo familiar de whatsapp y Santiago comentaba que a veces escribía “cosas delirantes relacionadas a su enfermedad” pero que rápidamente lo registraba y trataba de arreglarlo con algún chiste o comentario gracioso.

La Psicóloga relata constantemente situaciones de este mismo estilo así como también la capacidad del paciente para hacer lazos con la familia y con sus compañeros de grupo, utilizando esto a su favor para ayudar y aconsejar a los demás miembros. Según lo expuesto por González de Chávez y García Ordas Álvarez (1992) una vez que el paciente ingresa al grupo y logra familiarizarse con los compañeros y generar buenas relaciones, se genera un espacio para recibir ayuda y luego brindarla.

Destaca el rol de Santiago dentro del grupo funcionando como una especie de referente y con una participación activa muy importante, ella cree que esto ocurre debido a la edad ya que sus compañeros de grupo son bastante menores que él y por el compromiso que demuestra con su tratamiento. Como refieren González de Chávez y García Ordas Álvarez (1992) las terapias de grupo son un eje fundamental en los programas de tratamientos de los pacientes esquizofrénicos, por lo cual es fundamental el rol participativo que tiene Santiago.

La Psicóloga menciona que Santiago tiene gran sensibilidad y conocimiento sobre su funcionamiento y que está muy atento a eso. Destaca que su sintomatología delirante no lo dejó por fuera de la sociedad sino que lo ayuda de algún modo a hacer lazos y que hay otros pacientes del grupo que a veces no se dan cuenta de su sintomatología.

Santiago comentó en otra sesión que luego de una externación comenzó a viajar en tren y luego de un tiempo esto lo empezó a poner “un poco paranoico” entonces se detuvo a observar que hacían las demás personas, observó que algunos escuchaban música con auriculares, otros leían libros o revistas, entonces él empezó a hacer lo mismo para alejar sus ideas paranoicas. En otra sesión contó que en una ocasión había sido invitado a un casamiento y una vez allí no sabía bien que hacer, así que observó que hacía la gente y vió que algunos estaban tomando bebidas en la barra entonces se acercó y se pidió algo para tomar. Como mencionan Beck et al, (2010) es posible que estas conductas se deban al entrenamiento en habilidades sociales y a la psicoeducación trabajadas por el terapeuta individual de Santiago, demostrando que es capaz de manejarse correctamente en ámbitos sociales siendo de esta forma menos estigmatizado.

6. Conclusión

6.1 Resumen del caso

Durante el presente trabajo se ha descrito y analizado el tratamiento de Santiago, un hombre de 46 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (APA, 2013) durante su paso por un dispositivo de Hospital de Día. Toda la información volcada ha sido recolectada por la alumna que escribió el trabajo luego de realizar una práctica de 280 horas en dicha institución.

Se ha explicitado que el motivo de consulta del paciente fue la intención de continuar su tratamiento en Hospital de Día, el tratamiento en estos dispositivos proporciona herramientas fundamentales para la reinserción social de los pacientes (Alzraquí, 2010). La institución en la cual Santiago había realizado tratamiento durante los últimos años cerró sus puertas y por esto su equipo tratante recomendó continuar en otro lugar.

El paciente fue diagnosticado a los 25 años, momento en el cual experimentó su primera descompensación psicótica manifestando alucinaciones auditivas y conductas desorganizadas (APA, 2013), debiendo ser internado y comenzando tratamiento farmacológico, en años posteriores tuvo recaídas luego de abandonar la medicación debiendo ser internado nuevamente. Tras mante-

nerse estable durante 5 años debió ser internado otra vez al abandonar la medicación luego de un viaje a Brasil, posterior a esto mantiene un período de inestabilidad de dos años alternando internaciones con tratamiento en Hospital de Día, siendo la última internación en el año 2015, desde ese momento el paciente se mantiene estabilizado y cumpliendo con el tratamiento farmacológico y terapéutico.

El paciente llega a la institución con diagnóstico y equipo tratante conformado por Psiquiatra y Psicólogo, compensado y cumpliendo con el plan farmacológico de manera correcta. Tiene la contención y el apoyo de su familia, con quien es muy unido y tiene gran relación, sobre todo con una de sus hermanas con la cual convive, quien colabora con las tomas de los psicofármacos. Su estado es prolijo y adecuado y se lo observa orientado globalmente. En el Hospital de Día Santiago realiza talleres terapéuticos, terapia grupal y tiene un Referente de profesión Psicólogo para mantener encuentros cuando el paciente lo requiera y que irá evaluando la adhesión del paciente al tratamiento del dispositivo, este dispositivo se caracteriza por ofrecer programas multimodales de tratamiento (Zeeck et al, 2009)

En el análisis del trabajo se desarrollaron por separado las intervenciones realizadas por el psicólogo y las intervenciones realizadas por el psiquiatra en el tratamiento del paciente. Dichos profesionales trabajaron de manera interdisciplinaria con el Referente de la institución a fin de poder abordar su rehabilitación (García & Pérez, 2003). A su vez se ha descrito el espacio de terapia grupal al cual el paciente asiste dos veces por semana dentro del dispositivo de Hospital de Día donde los pacientes son tratados en un contexto grupal con fines terapéuticos (Zeeck et al, 2009). Para el desarrollo de este objetivo se utilizó información provista por la Psicóloga que coordina dicho grupo, quien ha trabajado con el paciente durante un año aproximadamente y según sus propias palabras ha observado una gran evolución en su tratamiento.

Con respecto al objetivo general planteado en este caso, se considera que pudo ser cumplido según lo propuesto. Se logró conseguir información muy completa con respecto a su historia de vida, sus antecedentes personales y sobre el proceso de su enfermedad desde el comienzo de la misma lo cual permitió realizar la descripción de su tratamiento en Hospital de Día.

6.2 Limitaciones

A continuación se desplegarán las limitaciones que se experimentaron en el desarrollo del presente trabajo.

Como primera limitación se puede mencionar el hecho de no haber tenido acceso directo a los espacios terapéuticos del paciente. Como se mencionó previamente, el equipo tratante de Santiago no se encontraba dentro del dispositivo de Hospital de día, sino que era un equipo externo a la institución, por lo cual no se pudieron realizar entrevistas con el Psicólogo y el Psiquiatra que coordinan el tratamiento central, por este motivo toda la información que se desarrolló en el presente trabajo fue recolectada a través de entrevistas con el Referente del paciente, quien mantenía comunicación constante con el equipo y volcaba la información necesaria en la historia clínica.

Por otro lado tampoco se pudo tener acceso a los espacios de terapia grupal en los que participaba el paciente, si bien el grupo terapéutico se desarrolla dentro del dispositivo con una Psicóloga que forma parte del equipo de la institución, no estaba permitido el acceso de ninguna persona que no fuera paciente o la coordinadora misma, por lo tanto la información utilizada con respecto a la terapia grupal de Santiago fue obtenida a través de una entrevista con la coordinadora del grupo.

Tampoco se pudo hablar con el paciente de manera directa u observarlo en las actividades de talleres ya que asistía poco y no participaba demasiado o solía asistir en ocasiones al turno tarde por lo cual la pasante no tuvo demasiado contacto con él, sí era muy constante con la asistencia a la terapia grupal pero como ya se mencionó no se tuvo acceso a ese espacio.

También hubiera sido interesante tener algún tipo de contacto con la familia del paciente, ya que como se relató a lo largo del presente trabajo, ellos se encuentran muy involucrados en el tratamiento de Santiago. La institución ofrece reuniones multifamiliares que se realizan cada 15 días, donde las familias de algunos pacientes asisten para charlar, obtener contención y relacionarse con otras familias que atraviesan lo mismo que ellos, el grupo está coordinado por una Psicóloga y un Psiquiatra del equipo de la institución, lamentablemente la familia de Santiago no asistió a los encuentros presenciados por la pasante.

Una limitación personal para destacar es que, la institución se maneja bajo la línea teórica del Psicoanálisis, la alumna no posee una gran formación en esta línea teórica por lo cual al comienzo fue un poco complejo el ensamble con la institución y entender que mirada tenían sobre los pacientes y los tipos de intervenciones que realizaban, para esto la institución ofreció diverso material bibliográfico que se discutía en encuentros quincenales con el coordinador de las pasantes.

6.3 Perspectiva crítica y aporte personal

Con respecto al aporte personal, se desea destacar que la experiencia resultó altamente educativa y favorecedora para la pasante. La institución fue muy acogedora permitiendo un gran acceso, ya sea a las historias clínicas, a los pacientes, a los talleres y demás espacios como las reuniones de equipo. Se le dio amplia libertad para manejarse dentro de la institución y todos tuvieron mucha voluntad a la hora de responder preguntas, explicar o enseñar.

Por otro lado se le permitió a la pasante asistir a diversos espacios y actividades de formación de manera gratuita siendo la mayoría aranceladas para personas externas a la institución. También se la invitó a participar de algunas entrevistas de admisión lo cual resultó extremadamente enriquecedor para la alumna.

Como aporte específico del presente trabajo, se quiere mencionar que se trabajó con el caso de un paciente que, si bien ha sufrido descompensaciones a lo largo de los años como la mayoría de los pacientes psicóticos, es un paciente que ha logrado obtener muy buen pronóstico y ha cumplido de manera positiva con los objetivos propuestos en los tratamientos que ha tenido. Generalmente los pacientes con esquizofrenia no logran buenos resultados con el correr de los años y la conciencia de enfermedad es algo que pocas veces se suele lograr, lo cual irá generando un deterioro cognitivo mayor con el correr del tiempo. Lo que más le interesó a la alumna a lo largo del desarrollo de este trabajo fue poder analizar a un paciente que a sus 46 años y con un diagnóstico que data de su juventud se encuentra en muy buen estado tanto físico como cognitivo, mantiene un grado de socialización importante y es un gran candidato para ser dado de alta al dispositivo de recuperación en comunidad (REC) que es el sector de la institución adonde son dados de alta los pacientes que obtienen grandes mejorías. En este dispositivo los pacientes tiene horarios más flexibles y realizan talleres abocados específicamente a distintos oficios laborales para poder darles la oportunidad de conseguir empleo. Distinto a lo que suele verse generalmente en esquizofrenia, este es un paciente que sobresale de la media y ha sido para la alumna muy enriquecedor de analizar.

En relación a la perspectiva crítica se podría mencionar que la línea teórica de la institución es el Psicoanálisis y quizá se podría sugerir incorporar al equipo profesionales que manejen otras líneas teóricas para que los tratamientos sean más interdisciplinarios. Como mencionan Turner et al., (2014) la línea teórica Cognitivo Conductual ha demostrado ser de gran eficacia y efectividad en tratamientos con pacientes psicóticos, por lo tanto quizá incorporar terapeutas de esta línea sería un buen aporte.

El equipo tratante del paciente elegido para este trabajo se maneja dentro de la línea teórica cognitivo conductual, esto le ha dado a la alumna una visión distinta sobre el tratamiento de un pa-

ciente psicótico en comparación a los tratamientos utilizados dentro de la institución. Los puntos del tratamiento que más llamaron la atención fueron que el paciente tenga una clara aceptación y conciencia de su enfermedad y el aprendizaje de habilidades sociales que lo ayudan a desenvolverse de manera correcta (Montaño et al., 2013). Quizá algunas de estas técnicas podrían sumarse a los tratamientos que se ofrecen en la institución y de esta manera enriquecer el trabajo que se realiza.

6.4 Nuevas líneas de investigación

Uno de los aspectos que más llamó la atención de la alumna, durante el proceso de recolección de información y de realización del trabajo, fue el hecho de que el paciente se encontrara tan bien ubicado en tiempo y espacio con respecto a su enfermedad.

Con lo dicho anteriormente se hace referencia a la conciencia de enfermedad que Santiago presenta y como logra sortear las diferentes complicaciones que su trastorno le ocasiona. Este dato particular sorprendió enormemente a la alumna, ya que lograr conciencia de enfermedad es uno de los objetivos más importantes que se busca en el tratamiento de los pacientes psicóticos. Por supuesto esto no fue algo que ocurrió desde un comienzo, ya que como se fue detallando a lo largo del desarrollo del trabajo, el paciente tuvo varios años de recaídas, hospitalizaciones, compensaciones, descompensaciones, etc. siguiendo el círculo en el cual suelen entrar los pacientes que presentan esta enfermedad. Pero al momento de realizar este trabajo, el paciente se encontraba compensado desde hacía unos años y manteniendo su tratamiento de forma bastante exitosa además de tener una clara conciencia de su situación.

El dato que más impacto generó, fue que Santiago logra identificar cuando una descompensación está por avecinarse y decide hacer algo productivo y que lo mantenga ocupado para atravesar ese momento tan complejo, él consiguió hacer algo positivo con este aspecto tan negativo de su enfermedad. Otro hecho importante para remarcar son las habilidades que Santiago logra adquirir, ya que cuando se encuentra en alguna situación social que no sabe o no comprende como manejar, utiliza el recurso de observar que hacen los demás y de esta manera puede integrarse de una manera más correcta.

Observado todo lo mencionado anteriormente surge el cuestionamiento de si es posible que la conciencia de enfermedad y la adquisición de habilidades sociales haya sido tan efectiva debido a la correcta implementación interdisciplinaria entre los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos y debido al uso de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento.

Para tratar de desentrañar un poco esta cuestión se realizará una breve distinción teórica sobre la eficacia entre la terapia Psicoanalítica y la Terapia Cognitivo Conductual aplicadas en tratamientos con pacientes psicóticos.

Según Gutiérrez, Ocampo y Gómez (2008) hasta mediados del siglo XX los tratamientos psicológicos eran predominantemente psicoanalíticos. Las terapias psicoanalíticas específicamente dirigidas a las psicosis tardaron más años en desarrollarse, tal vez por el escepticismo del mismo Freud acerca de la eficacia del psicoanálisis en estos pacientes. Freud consideraba que la transferencia era un requisito básico para la terapia psicoanalítica y que esto no era algo posible de lograr con el paciente psicótico debido al retiro de la libido de los objetos, por lo tanto la terapia no serviría. Otros autores psicoanalíticos revisaron este precepto freudiano y plantearon la posibilidad de implementar terapias de orientación Psicoanalítica para estos pacientes. Sin embargo, este tipo de tratamientos no ha logrado o intentado demostrar su eficacia para los pacientes con esquizofrenia. Por lo tanto, en la actualidad se considera que las terapias psicoanalíticas no tienen un papel establecido e incluso están contraindicadas, sobre todo en su formato más ortodoxo, en pacientes con esquizofrenia.

Por otro lado los mismos autores refieren que las revisiones sistemáticas de Cochrane Database Systemic Review disponibles verifican la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes esquizofrénicos, ésta psicoterapia ha mostrado eficacia principalmente en la gravedad global de la sintomatología aguda como los síntomas positivos y los síntomas negativos de los pacientes.

La eficacia de esta psicoterapia ha sido estadísticamente significativa frente a las otras psicoterapias con las cuales se la compara y los resultados se han considerado clínicamente importantes. También hay datos que sugieren que a corto, mediano y largo plazo la terapia cognitivo conductual logra mantener los efectos benéficos del tratamiento. Se ha visto también que con la terapia cognitivo conductual hay una mejoría de la conciencia de la enfermedad en estos pacientes.

Los autores Malmberg, Fenton y Rathbone (2001) publicaron un artículo en la biblioteca Cochrane luego de realizar un estudio con una muestra de 528 participantes, el objetivo fue evaluar los efectos de la terapia Psicoanalítica en pacientes con esquizofrenia, sus conclusiones finales fueron que los datos actuales no respaldan el uso de técnicas de psicoterapia Psicoanalítica para personas con esquizofrenia, que no hay evidencia clara de ningún efecto positivo de la terapia Psicoanalítica y que la posibilidad de efectos adversos y de recaídas parece ser muy importante, por último mencionan que si la terapia psicoanalítica se usa para tratar a personas con esquizofrenia entonces hay una necesidad urgente de realizar más pruebas.

Con esta información entonces, la alumna se plantea la necesidad de formar equipos interdisciplinarios para poder abordar a los pacientes con esquizofrenia de manera mas amplia y poder de esta manera ofrecerles un tratamiento mas integral y quizá la esperanza de un mejor pronóstico.

- Addington, J., & Haarmans, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for individuals recovering from a first episode of psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 43-49.
- Alazraqui H. Tratamiento en Hospital de día: relación entre producción individual y capacidad de funcionamiento social. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA, CABA*. 2010, (2)7- 29.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Panamericana.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Bellack, A. S. (2004). Skills Training for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.
- Bleuler, E. (1911(2011)). *Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Avellaneda: Polemos.
- Bhugra, D. (2010). Schizophrenia, The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. *National Collaborating centre for mental health*, Updated Edition. 1-494.
- Buchanan, R. W. (2007). Persistent negative symptoms in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1013–1022.
- Burns, J. (2006). La hipótesis del cerebro social en la esquizofrenia. *World Psychiatry (Edición en español)*, 4(2), 77-81.
- Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1) 1-8
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(02), 441-449.
- Durand, V. M., Barlow, D. H., Hernández, J. C. P., & de Pezzolato, M. G. (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal*. Cengage Learning. México: Thomson

- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74. doi: 10.4067/S0718-48082014000100007
- Elkis, H., & Buckley, P. F. (2016). Treatment-Resistant Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(2), 239-265.
- Figueres, G., Fulcar, I., Méndez, Y., Núñez, S., & Sánchez, F. (2002). Características de las ideas delirantes en pacientes esquizofrénicos en el hospital psiquiátrico Padre Billini. *Revista Médica Dominicana*, 63(2), 216-219.
- García Montes, J. M., Pérez Álvarez, M., & Cangas Díaz, A. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicótico desde la aceptación. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 293-307.
- García, J., & Pérez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-122.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, 45(11), 2365-2373
- Gonzalez De Chávez, M., García Cabeza, I., & Fraile Fraile, J. C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. No 72. 573-586.
- González de Chávez, M., & García Ordas Álvarez, A. (1992). Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 12, (42), 1-20.
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R., & Holden, J. L. (2016). *Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: A Practical Treatment Guide*. New York: Guilford Publications.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). *Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. AATRM. N° 2006/05-2.
- Gutiérrez, C., Ocampo, M., & Gómez J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, (1), 164-174. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá.
- Harvard Medical School (2006). The negative symptoms of schizophrenia, 2006 update. *Harvard Health Publications*. Recuperado de <http://www.health.harvard.edu/mind-andmood/the-negative-symptoms-of-schizophrenia-2006-update>
- H., Bernard, P., & Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Elsevier.

- Harrow, M., Carone, B.J., & Westermeyer, J.F. (1985). The course of psychosis in early phases of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 142(6) 702-7. doi: 10.1176/ajp.142.6.702
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (s./f.). *Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico*. Recuperado de: <http://www.ingesa.msc.es/gl/estadEstudios/documPublica/psiquiatrico.html>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2011). *Esquizofrenia*. Recuperado de: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/schizophrenia-spanish_142536.pdf
- Janicak, P., Marder, S., & Pavuluri, M. (2011). *Principios y práctica de psicofarmacoterapia*. Psicofarmacoterapia en la edad temprana. Philadelphia, Estados Unidos: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Jiménez, M.P., Ramos, F., & Sanchís, M.C. (1995). Las Esquizofrenias: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología vol II* (pp. 488-493). España: Mc Graw-Hill.
- Jufe, G. (2001). *Psicofarmacología práctica*. Buenos Aires: Polemos.
- Kanas, N. (1996). *Group Therapy for Schizophrenic Patients, Clinical practice series, No. 39*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Kane, J. M., & Mcglashan, T. H. (1995). Treatment of schizophrenia. *The Lancet*, 346(8978), 820-825.
- Lariviere, N., Desrosiers, J., & Tousignant M. (2010). Who benefist the most form psychiatric day hospitals?. *Journal of psychiatric practice*, 16(2).
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Buenos Aires: Boletín Oficial. N° 32041.
- Lolich, M., & Leiderman, E. A. (2008). Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales. *Rev. Arg. dePsiquiat*, 19 165 – 173.
- Machado, J., & Morales, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(3), 1- 32.
- Mak, K. Y. (1994). The changing roles of psychiatric day hospitals in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 4, 29.
- Malmberg L, Fenton M, Rathbone J. (2001). *Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness*. Recuperado de: http://www.cochrane.org/CD001360/SCHIZ_individual-psychodynamic-psychotherapy-and-psychoanalysis-for-schizophrenia-and-severe-mental-illness.
- Martínez, J. T., & Tomàs, E. P. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 48-59.

- McGorry, P.; Killackey, E.; Elkins, K.; Lambert M. & Lambert T. (2003). Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, 11(2), 136-147. doi:10.1046/j.1039-8562.2003.00535.x
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Muñoz Molina, F. J., & Ruíz Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI(1), 98-110.
- National Institute of Mental Health (s./f.). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/index.shtm>
- Olivos, P. (1985). Historia de los Hospitales Diurnos; *Revista de Psiquiatría*, 1,23-27.
- Orellana G., & Slachevsky A. (2006). Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 41-49.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Esquizofrenia*, N° 397. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86 -97.
- Peralta Martín, V., & Cuesta Zorita M. (2009). Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En T. Palomo. & M. Jiménez-Arriero (Ed.), *Manual de psiquiatría* (pp. 267-284). Madrid, España: Grupo ENE Publicidad S.A.
- Pérez Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(01), 1-9.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.
- Petkari, E. (2010). *Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia: un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA*. Tesis doctoral, Universidad de Granada.
- Quintero, J. Barbudo, E. López, M., & López, J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al tratamiento. *Actas de psiquiatría*, 39(4), 236-250.
- Rebolledo Moller, S., & Lobato Rodríguez, M. J. (1999). *Como afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Aula médica.
- Romero , J. D. L. H. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 275-292.
- Russo, M. J., & Allegri, R. F. (2015). Etiologías de los trastornos cognitivos en relación con los diferentes grupos etarios. En C. Feldberg, & I.Demey, *Manual de rehabilitación cognitiva* (pág. 33-66). Buenos Aires: Paidós.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2012). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer.

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Sandín, B. (2014). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Sanz, B., & Del Rio, M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de Psiquiatría*, 73(2),-18.
- Sharif, Z. A. (1998). Common treatment goals of antipsychotics: Acute treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 19), 5-8.
- Sheitman, B. B., & Lieberman, J. A. (1998). The natural history and pathophysiology of treatment resistant schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 143-150.
- Stahl, S. M. (2011). *Guía del prescriptor*. Madrid: Aula medica formación en salud.
- Stevens, J. R., Prince, J. B., Prager, L. M., & Stern, T. A. (2014). Psychotic disorders in children and adolescents: A primer on contemporary evaluation and management. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(2). doi:10.4088/PCC.13f01514.
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J., & Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamiento para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de psiquiatría*, 37(6), 330-342.
- Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Am J Psychiatry*, 171(05), 523-538.
- Vallina, O., & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicohema*, 13(3), 345-364.
- Velligan, D., Maples, N., Roberts, D., & Medellin, E. (2014). Integrated Psychosocial Treatment for Negative Symptoms. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(1), 1-9. doi: 10.1080/15487768.2013.873370
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 95-99.
- Zeeck, A., Wietesheim, J., Hartmann, A., Einsele, S., Weiss H., Sammet, I., et al. (2009) Inpatient or day clinic treatment? Results of a multi site study. *Psycho- Social Medicine*, (6), 1-20, doi 10.3205/psm000059