

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

Sintomatología y tratamiento de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia
paranoide.

Autor: Leonardo Paganelli

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

ÍNDICE

1.	Introducción	3
2.	Objetivos	3
2.1	Objetivo General	3
2.2	Objetivos específicos	3
3.	Marco Teórico	4
3.1	Historia de la esquizofrenia	4
3.2	Definición de la esquizofrenia	6
3.3	Clasificación de la esquizofrenia según DSM IV TR y DSM-V	7
3.3.1	Criterios diagnósticos del DSM IV-TR	7
3.3.2	Criterios diagnósticos del DSM V	9
3.4.	Sintomatología en esquizofrenia	10
3.4.1	Síntomas positivos	10
3.4.2	Síntomas negativos	13
3.5	Evolución y pronóstico de la esquizofrenia	14
3.6	Tratamiento de la esquizofrenia	15
3.6.1	Tratamiento farmacológico	16
3.6.2	Tratamiento psicológico	17
3.6.3	Tratamiento en Hospital de Día	19
3.7	Inserción laboral y autonomía en esquizofrenia	22
4.	Metodología	24
4.1	Tipo de estudio y diseño	24
4.2	Participantes	24
4.3	Instrumentos	25
4.4	Procedimiento	26
5.	Desarrollo	26
5.1	Presentación del caso	26
5.2	Descripción de la sintomatología de la paciente al ingresar al hospital de día	27
5.3	Descripción del tratamiento recibido por la paciente al ingresar al hospital de día	33

5.4	Comparación de la sintomatología positiva de la paciente al inicio del tratamiento en hospital de día y a los cuatro meses de iniciado el mismo	39
5.5	Descripción de la evolución de la paciente en el marco del taller de inserción laboral en cuanto a los niveles de autonomía adquiridos en cuatro meses	46
6.	Conclusiones	53
7.	Referencias bibliográficas	58
8.	Anexo I	62
9.	Anexo II	63

1. Introducción

La práctica de habilitación profesional se realizó en un hospital de día ubicado en el barrio de Palermo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dedicado a la rehabilitación en salud mental. Esta Organización No Gubernamental se especializa en ofrecer tratamiento a pacientes con trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y trastornos afectivos, entre otros.

El hospital de día constituye un dispositivo que ofrece un nivel de asistencia intermedia entre la internación psiquiátrica y el tratamiento ambulatorio. Los pacientes pueden ingresar en el hospital tanto luego de una internación psiquiátrica, como una manera de evitar otra debido a una posible reagudización de la sintomatología o también como forma de salir del estancamiento de una situación crónica que otros abordajes no han logrado revertir.

Asimismo, parte del tratamiento del hospital de día consiste en que el paciente pueda conseguir con el tiempo un nivel de funcionalidad social y ocupacional adecuado a partir del desarrollo de nuevas habilidades como así también lograr recuperar habilidades cognitivas y de sociabilización.

Si bien las actividades que se llevan a cabo en el dispositivo son de carácter recreativo todas ellas conllevan un claro propósito terapéutico; algunas de éstas son, desayuno diario que comparten pacientes con profesionales y rotantes, taller de teatro, terapia ocupacional, yoga, terapia de movimiento, taller de arte, musicoterapia y taller de inserción laboral. Por otra parte, dos veces por semana los pacientes disponen del espacio de psicoterapia grupal coordinado por dos referentes.

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

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir la sintomatología y el tratamiento en el hospital de día de una paciente de 26 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Describir la sintomatología de una paciente de 26 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al ingresar al hospital de día.

2.2.2 Describir el tratamiento que recibe una paciente de 26 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en el hospital de día.

2.2.3 Comparar la sintomatología positiva de la paciente de 26 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al comienzo del tratamiento en el hospital de día y a los cuatro meses de iniciado el mismo.

2.2.4. Describir la evolución de la paciente de 26 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en el taller de inserción laboral en cuanto a los niveles de autonomía adquiridos a lo largo de cuatro meses.

3. Marco Teórico

3.1 Historia de la esquizofrenia

Feuchtersleben (1845, citado en Ban y Ucha Udabe, 1995) introdujo el término psicosis con el objeto de distinguir los trastornos neuropsiquiátricos de los trastornos psiquiátricos, sin embargo, este término todavía carece de definición exacta, ya que los distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento muy diferentes ponen el foco en distintos aspectos y, es por esta situación, que los límites son muy amplios y los criterios de diagnóstico muy fluctuantes.

Para Jaspers (1913, citado en Sadock y Sadock, 2009) la psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que toma por completo al individuo en cuanto totalidad, sin importar si se trata de un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al estatuto de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan distinta como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana.

Por su parte, Kaplan y Sadock (1996) destacan tres parámetros que resultan relevantes a la hora de delimitar las psicosis y que son: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la percepción de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

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

Por un lado, el concepto moderno de la esquizofrenia fue inicialmente formalizado por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1919) quien la denominó demencia precoz, haciendo referencia a su desarrollo temprano y evolución directa hacia el deterioro cognitivo y del comportamiento del sujeto; esta categoría nosológica incluía tres formas clínicas clásicas en las cuales el trastorno podía manifestarse, a saber: hebefrenia, catatonía y demencia paranoide; la demencia precoz, entonces, consistiría en una serie de estados, cuya característica común sería la destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica (Kraepelin, 1993)

Al mismo tiempo, Eugen Bleuler (1911) desarrolla una nueva teoría postulando que la característica nuclear de la entonces llamada demencia precoz era la disociación de las funciones psíquicas, razón por la que sustituye el término por el de esquizofrenia; consideraba que esta disociación psíquica era un síntoma de origen orgánico –al que denominó síntoma primario y fundamental- y a partir del cual se desarrollaban el resto de los síntomas que entendía que estaban psicológicamente determinados –a los que denominó síntomas secundarios y accesorios- y que podían presentarse de manera heterogénea, por lo que distinguió un grupo de esquizofrenias (Bleuler, 1960; Moskowitz & Heim, 2011).

Por otra parte, Kurt Schneider (1946, citado en Andreasen & Carpenter, 1993) desarrolló un sistema diagnóstico únicamente orientado a su utilidad pragmática, que identificaba dos grupos de síntomas denominados de primer rango y segundo rango, en relación a su relevancia diagnóstica; el primero incluía aquellos síntomas que consideraba que eran patognomónicos del trastorno, específicamente una serie de alucinaciones y delirios poco frecuentes y bizarros; y el otro agrupaba síntomas comunes a otros trastornos; asimismo, en caso de ausencia de síntomas del primer rango, el trastorno podía ser diagnosticado en función del grupo de segundo rango y considerándose la presentación clínica general.

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

3.2 Definición de esquizofrenia

El concepto de esquizofrenia no ha contado nunca con un único consenso y las distintas concepciones de la enfermedad han reflejado diferentes modelos psicopatológicos sobre los síntomas y su origen. Kraepelin enfatizó el aspecto deficitario de las funciones psíquicas afectadas, Bleuler la desorganización del pensamiento y la afectividad y Schneider el valor de las experiencias psicóticas psicológicamente incomprensibles (Peralta & Cuesta Zorita, 2009).

Gutiérrez Suela (2007) define a la esquizofrenia como un trastorno mental grave con una prevalencia estimada entre el 0.5 y el 1% de la población que afecta a personas jóvenes y generalmente se manifiesta en la adolescencia o comienzos de la edad adulta antes de los 45 años. El inicio puede ser brusco, pero la mayor parte de los individuos afectados muestran algún tipo de fase prodrómica con un gradual y lento desarrollo de diversos signos y síntomas.

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en dos grandes categorías. Los síntomas positivos, que incluyen ideas delirantes, alucinaciones (principalmente auditivas y lenguaje y comportamiento desorganizados; los síntomas negativos se vinculan a un estado afectivo apagado, a una expresión emocional disminuida, a un lenguaje pobre y a una ausencia de motivación (Sadock & Sadock, 2009).

En este sentido, la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo que incluye un amplio abanico de síntomas pertenecientes a diferentes dominios mentales como la percepción, el pensamiento, el lenguaje, la actividad motora, la voluntad y la motivación. Ningún síntoma o signo es patognomónico sino que su diagnóstico implica el reconocimiento de una conjunción de los mismos (Kaplan & Sadock, 1996).

3.3 Clasificación de la esquizofrenia según DSM-IV-TR y DSM-V

El DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) fue publicado en el año 2013, siendo éste el sucesor de la cuarta edición publicada en 1994 y sobre la que se han realizado determinadas revisiones con el fin de superar las limitaciones de la versión anterior, integrando las evidencias clínicas y los

avances científicos en materia de trastornos mentales, teniendo como objetivo mejorar su utilidad en los dos ámbitos (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013).

Como la categoría de la esquizofrenia del DSM-IV-TR (APA, 2002) ha demostrado ser clínicamente eficaz y de elevada confianza, en el DSM V sólo se han realizado cambios bien puntuales manteniendo la mayor parte de los criterios diagnósticos. En efecto, la mayoría de aquellos pacientes que reunían los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR también deberían reunir los criterios según el DSM-5 (Tandon, 2013).

3.3.1 Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia del DSM-IV-TR (APA, 2002) señalan que la alteración debe presentarse durante al menos seis meses (Criterio C), y que debe incluir al menos un mes de fase activa caracterizada por la presencia de al menos dos síntomas de los cinco síntomas característicos (Criterio A) ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia). En caso de que se trate de ideas delirantes extrañas o de alucinaciones que consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o comportamientos de la persona, o dos o más voces conversan entre sí, no se requiere la presencia de ningún otro de los síntomas característicos arriba mencionados. Este período mínimo de duración de seis meses, puede además incluir períodos de síntomas prodrómicos y residuales que pueden manifestarse a través de sólo la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas del Criterio A pero de manera atenuada.

Asimismo, es necesario que el individuo manifieste una ostensible disfunción social o laboral con respecto al nivel de actividad alcanzado previamente al inicio del cuadro, ya sea en las relaciones interpersonales, estudio, trabajo o cuestiones vinculadas al autocuidado (Criterio B).

La alteración no debe poder explicarse por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ni se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E).

Por otra parte, en el caso de personas con un diagnóstico previo de autismo, el diagnóstico adicional de la esquizofrenia sólo es válido si se detectan ideas delirantes o alucinaciones al menos durante un mes (Criterio F).

El DSM IV- TR (APA, 2002) contempla cinco subtipos de esquizofrenia que se diagnostican en función del cuadro clínico que presenta el paciente al momento de la evaluación y que, por lo tanto, tal diagnóstico puede covariar a lo largo del tiempo.

- 1) Subtipo paranoide. El tipo paranoide se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en tanto manifiesta una conservación relativa de la capacidad cognitiva y de la afectividad. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente, generalmente de temática persecutoria, de grandeza, somatización, etc. También las alucinaciones habitualmente están relacionadas con el contenido de la temática delirante.
- 2) Subtipo desorganizado. El tipo desorganizado se caracteriza por la presencia de lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada. El comportamiento desorganizado suele presentarse en forma de muecas, manierismos, e incapacidad para orientarse hacia un objetivo lo cual puede dificultar la realización de actividades de la vida cotidiana. Si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en relación a un tema coherente.
- 3) Subtipo catatónico. La característica principal del tipo catatónico es una marcada alteración psicomotora, pudiendo tratarse de inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
- 4) Subtipo indiferenciado. Este subtipo se diagnostica en caso de que no se cumplan los criterios de los tipos paranoide, desorganizado o catatónico

- 5) Subtipo residual. Este subtipo se caracteriza por la presencia de síntomas negativos (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje o abulia), y la ausencia (o presencia atenuada) de síntomas positivos. Ha habido al menos un episodio de esquizofrenia.

Estos tipos de esquizofrenia mencionados se han eliminado del DSM V porque han mostrado una estabilidad diagnóstica limitada y no han respondido diferencialmente al tratamiento y, en su lugar, se propuso el uso de dimensiones psicopatológicas que permiten evaluar cuantitativamente la gravedad actual de los síntomas primarios de las psicosis, lo que permitiría una mejor descripción de la complejidad sintomatológica (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013).

3.3.2 Criterios diagnósticos del DSM-5

Los cinco síntomas característicos (Criterio A) para el diagnóstico de la esquizofrenia con el requerimiento de al menos dos de esos síntomas presentes por al menos un mes han sido mantenidos en el DSM-5 (APA, 2013). Las tres nuevas modificaciones incluidas en la quinta versión del Manual Diagnóstico son;

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

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

El Criterio F presenta un mínimo cambio, ya que agrega el caso de que el individuo presente antecedentes de un trastorno de la comunicación junto con antecedentes de un trastorno del espectro autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, ya que éstos pueden presentar síntomas negativos o lenguaje desorganizado por lo que necesitan la misma especificación para el diagnóstico adicional de esquizofrenia (Regier et. al, 2013)

3.4 Sintomatología en esquizofrenia

El DSM-IV TR (APA, 2002) y el DSM V (APA, 2014) proponen un modelo de la esquizofrenia basado en la presencia de dos dominios sintomatológicos; síntomas positivos y síntomas negativos. Los positivos, definidos como un plus o una distorsión de las funciones normales incluyen los síntomas psicóticos (alucinaciones e ideas delirantes) y los síntomas de desorganización (comportamiento y lenguaje desorganizado); los síntomas negativos entendidos como disminución o restricción de las funciones normales, incluyen el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia en el DSM IV-TR y expresión emotiva disminuida y abulia en el DSM V.

3.4.1 Síntomas positivos

Dentro de los síntomas positivos las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias y comprende cuatro características, a saber, es objetivamente falsa, es idiosincrática, es ilógica y es firmemente sostenida aún con elementos probatorios que la contradigan-. Por lo general, suelen clasificarse según su contenido temático, tales como persecución, autorreferencia, somáticos, de control, religiosos, y de grandiosidad, siendo el primer tipo el más frecuente (Kaplan & Sadock, 1996).

En el caso del delirio persecutorio el individuo puede creer que está siendo seguido, que constantemente existen conspiraciones contra ellos, que están siendo engañados, ridiculizados o espiados; las manifestaciones más frecuentes incluyen la creencia de que son seguidos, que alguien abre su correspondencia, que se efectúan registros en su domicilio o en su trabajo, que su línea telefónica es intervenida o que son acosados por la policía,

funcionarios del gobierno, vecinos o compañeros de trabajo (Jiménez et. al, 2008).

El subtipo paranoide de esquizofrenia descrito en DSM IV-TR (APA, 2002) se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en tanto manifiesta una conservación relativa de la capacidad cognitiva y de la afectividad. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente, generalmente de temática persecutoria, de grandeza, somatización, etc. También las alucinaciones generalmente están relacionadas con el contenido de la temática delirante.

A su vez, en los delirios de autorreferencia la persona presenta la absoluta certeza de que determinados detalles, frases o acontecimientos que aparentemente no tendrían importancia se refieren exclusivamente a ella o poseen una significación especial para sí misma, estableciendo de este modo experiencias anormales que de manera muy frecuente se encuentran vinculadas con las creencias paranoides que el individuo pueda presentar (Sadock & Sadock, 2009).

Asimismo, el DSM IV-TR postula la existencia de algunas ideas delirantes que considera como extrañas, ya que se vuelve imposible de comprobar su veracidad, resultan incomprensibles y no mantienen relación con las experiencias comunes de la vida cotidiana. Algunas de éstas pueden ser aquellas ideas que manifiestan una pérdida de control sobre el cuerpo y la mente como, por ejemplo, la convicción de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza o energía externa o que alguien ha extraído los órganos internos y los ha reemplazado por los de otro sujeto sin que exista herida o cicatriz (APA, 2002).

Por otro parte, dentro de los síntomas positivos las alucinaciones se presentan como una percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo, es decir, que se trata de una percepción sin objeto muy vívida y concreta que la persona no puede controlar (Jiménez et. al, 2008).

Las alucinaciones pueden manifestarse en cualquier tipo de modalidad sensorial, ya sea de auditiva, visual, olfatoria, cenestésica, táctil y gustativa, siendo las primeras las más frecuentes y generalmente son experimentadas como voces que pueden ser familiares o extrañas pero claramente

diferenciadas de los propios pensamientos de la persona; las alucinaciones auditivas en las que dos o más voces conversan o en las que las voces continuamente realizan comentarios sobre el accionar o los pensamientos del individuo son consideradas por el DSM IV como las más representativas de la esquizofrenia (APA, 2013).

Álvarez (2013) postula que uno de los rasgos distintivos de las alucinaciones en sujetos esquizofrénicos es la imposibilidad de poder detectarlas como producciones de su propia mente, con lo cual estos fenómenos generalmente tienden a ser atribuidos de manera errónea a causas externas.

También dentro de la sintomatología positiva de la esquizofrenia es posible ubicar a los trastornos formales del pensamiento, entendiéndolos como alteraciones en la estructura, en la forma o en el procesamiento del discurso, pero no en su contenido, con lo cual es posible que se manifiesten en el lenguaje escrito o hablado de los individuos esquizofrénicos (Jiménez et. al, 2008).

La desorganización del pensamiento en este tipo de pacientes puede manifestarse de diferentes formas, tales como las asociaciones laxas o descarrilamiento, entendido como un patrón del habla en el que el concepto o la idea se sale de su curso pasando a otra mencionada en la primera claramente aunque de forma lateral; la tangencialidad, que consiste en responder a una pregunta de un modo oblicuo, irrelevante o que el contenido esa respuesta no tenga relación alguna con la pregunta; la incoherencia (esquizoafasia) hace referencia a un patrón de discurso que es casi incomprensible debido a la grave desorganización del pensamiento (APA, 2013).

También puede manifestarse en forma de ausencia de lógica; en la que el sujeto arriba a una conclusión sin seguir una secuencia lógica; en forma de circunstancialidad, entendido como un patrón de discurso extremadamente indirecto a través del cual la persona demora mucho tiempo en llegar a la idea final dando detalles tediosos a la hora de querer explicar algo; en forma de presión del habla, en la que se produce un aumento en la cantidad del habla espontánea en comparación con lo que se considera normal que suele estar acompañado de descarrilamiento, tangencialidad o incoherencia; en forma de

distractibilidad, que se observa cuando el paciente deja de hablar repentinamente en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano; y, por último, en forma de asociaciones fonéticas, según las cuales la elección del palabras pareciera estar determinada por los sonidos y no por las relaciones de significado (Jiménez et. al, 2008)

Con respecto al comportamiento desorganizado, siguiendo a Tandon (2013) el paciente esquizofrénico manifiesta una clara tendencia a presentar dificultades a la hora de llevar a cabo cualquier tipo de acción motora tendiente a un fin, lo que impacta negativamente en las actividades de la vida cotidiana; algunas manifestaciones de este comportamiento pueden ser, por ejemplo, vestido y apariencia extravagante, comportamiento sexual y social inapropiado, comportamiento agresivo y agitado y conducta repetitiva.

Por otra parte, otra forma de desorganización del comportamiento puede estar determinada por la catatonía, entendida como una serie de movimientos, posturas y acciones involuntarios que se diagnostica de acuerdo a un listado de síntomas, entre los cuales, pueden nombrarse las estereotipias, ecolalia, ecopraxia, posturas catatónicas, rigidez catatónica, entre otros (APA, 2013).

3.4.2 Síntomas negativos

La otra gran dimensión de la sintomatología en la esquizofrenia se encuentra conformada por los síntomas negativos, los cuales pueden clasificarse, siguiendo a Foussiass y Remington (2010) en categorías tales como aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia/retraimiento social; en donde el aplanamiento afectivo refiere a un empobrecimiento característico de la expresión de emociones y sentimientos y que se manifiesta en aspectos del comportamiento tales como una expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos, poco contacto visual, incongruencia afectiva y ausencia de respuesta y ausencia de inflexiones vocales; la alogia entendida como una disminución de la producción y de la fluidez del habla, en donde las manifestaciones principales son la pobreza de lenguaje y del contenido del lenguaje, bloqueo y latencia de respuesta incrementada; la abulia que se expresa como una característica de falta de energía, impulso o interés que conduce frecuentemente a dificultades sociales y económicas severas y se manifiesta en la falta de aseo e higiene, falta de persistencia en el trabajo o en la escuela y anergia física; finalmente el

complejo sintomático anhedonia/retraimiento social abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés o placer por las actividades normalmente consideradas placenteras o como una falta de involucramiento en relaciones sociales de distintos tipos.

Por otra parte, es muy frecuente que los pacientes esquizofrénicos presenten diversos déficits cognitivos y síntomas afectivos que generalmente se presentan tempranamente, es decir, en la fase premórbida de la enfermedad, con lo cual podrían ser indicadores del desarrollo de la enfermedad (Mueser & Jeste, 2008).

Asimismo, Álvarez (2013) observa que además de los diferentes síntomas distintivos de la esquizofrenia anteriormente descritos, la presencia de déficits en el funcionamiento psicosocial constituye una característica bien nuclear de este trastorno. Estos déficits abarcan un pobre desenvolvimiento social, dificultades para mantener relaciones con el grupo familiar, amigos y/o un inadecuado desenvolvimiento en el trabajo.

3.5 Evolución y pronóstico de la esquizofrenia

Kaplan y Sadock (1996) afirman que el primer indicio de la enfermedad podría ser la presencia de sintomatología premórbida, pero en general la presencia de ésta logra reconocerse de forma retrospectiva; en líneas generales, la evolución típica de los síntomas comienza a manifestarse en la adolescencia y sigue su curso con la aparición de síntomas prodrómicos, los que pueden mantenerse durante un año antes del inicio de la sintomatología psicótica manifiesta, momento en el cual recién es posible realizar el diagnóstico.

Luego, la dinámica clásica de la evolución de la enfermedad sigue un curso de exacerbaciones y remisiones, en la que el paciente logra recuperarse gradualmente y progresivamente retomar las actividades de su vida cotidiana con relativa normalidad aunque, frecuentemente, suelen experimentar recaídas que tienden a ser bruscas y las características patológicas que presenta el paciente esquizofrénico durante los primeros cinco años posteriores al tratamiento generalmente reflejan la evolución del enfermo (Peralta Martín & Cuesta Zorita, 2003).

Asimismo, existe sobrada evidencia de que las recaídas sucesivas generan un aumento en el grado de deterioro general del paciente tanto a nivel

afectivo, social como cognitivo y, de esta manera, los sujetos van incrementando el nivel de deterioro en forma de síntomas residuales que se mantienen desde la fase prodrómica (Mueser & Jeste, 2008).

Numerosos estudios indican que entre los cinco y diez años después del primer episodio psicótico, sólo un porcentaje del 10% al 20 % de los casos puede arribar a un desenlace favorable aunque, a pesar de estas cifras, la esquizofrenia no siempre sufre una evolución vinculada indefectiblemente al deterioro; las tasas de remisión que se han notificado fluctúan entre un 10% y un 60%, siendo una sensata estimación que entre el 20% y el 30% de los pacientes siguen padeciendo la sintomatología de manera moderada mientras que entre un 40% y un 60% continuarán afectados severamente por el trastorno a lo largo de toda su vida (Kaplan & Sadock, 1996).

De todas maneras, nuevos enfoques sugieren la necesidad de distinguir entre los conceptos de remisión y recuperación, en donde la primera hace referencia a que el paciente logre alcanzar un grado de sintomatología que sea lo necesariamente bajo para que no impacte negativamente en el desempeño de su vida cotidiana, mientras que la recuperación exige que el enfermo pueda desenvolverse en la comunidad normalmente a nivel relacional y laboral (Andreasen, Carpenter, Kane, Lasser & Weinberg, 2005).

3.6 Tratamiento de la esquizofrenia

Monreal Guillorme y Yañiz Igal (2012) postulan que el tratamiento de la psicosis es posible dividirlo en dos partes, por un lado el tratamiento farmacológico y, por otro, el tratamiento psicológico. En todas las guías actuales de tratamientos psicóticos se mantiene la recomendación de un abordaje psicológico, ya que el tratamiento farmacológico exclusivamente no garantiza una cura completa.

En los últimos treinta años principalmente, los abordajes psicológicos y sociales han ganado terreno en el tratamiento de la esquizofrenia. Esto se explica, por una parte, debido al reconocimiento de la relevancia de factores psicológicos tanto en el desencadenamiento como en la persistencia de la psicosis, como así también para lidiar con el impacto producido en la vida del paciente a la hora de recibir un diagnóstico de esquizofrenia; por otra parte, si bien la medicación antipsicótica constituye el tratamiento indispensable de la esquizofrenia, los fármacos han demostrado tener varias limitaciones, que se

vinculan con remisiones sintomatológicas incompletas, altas tasas de recaídas, importante grado de incidencia de efectos adversos y baja adherencia a los mismos (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

A su vez, el dispositivo de hospital de día se constituye como una forma de tratamiento en sí misma que, en forma paralela al abordaje farmacológico y psicológico, ofrece un programa terapéutico ambulatorio, coordinado, estructurado e intensivo, orientado a pacientes con severas dificultades mentales que impactan en su desempeño psicosocial y laboral, y cuyo objetivo principal radica tanto en la remisión sintomatológica como en el mejoramiento integral del funcionamiento psicosocial de los mismos para su progresiva reinserción en la comunidad (Maureso, 2012).

3.6.1 Tratamiento farmacológico

Los antipsicóticos se dividen en dos grandes grupos, a saber: los típicos o de primera generación (antagonistas del receptor dopaminérgico), que son aquellos que potencialmente pueden provocar síntomas extrapiramidales agudos, disfunción sexual, aumento de peso, hiperprolactinemia, acatisia, distonía y disquinesia tardía a largo plazo y los atípicos o de segunda generación (antagonistas de los receptores de la serotonina y la dopamina) que no producirían estos efectos extrapiramidales y que colaborarían eficientemente a la hora de tratar los síntomas negativos, depresivos y mejorar la calidad de vida del paciente (Peralta Martin & Cuesta Zorita, 2009).

A lo largo del episodio psicótico se conjugan tres períodos, a saber: fase aguda, durante la cual el objetivo del tratamiento se centra básicamente en la eliminación de la sintomatología más grave (ideas delirantes, alucinaciones, agitación psicótica, entre otros) y suele durar de cuatro a ocho semanas; la fase de estabilización, durante la cual se intenta minimizar los síntomas y, por último, la fase estable o de mantenimiento durante la cual la enfermedad se encuentra en un proceso de remisión relativa y los objetivos se encuentran direccionados a evitar una recaída de los síntomas psicóticos y ayudar al sujeto a mejorar su grado de funcionamiento en la vida cotidiana (Pérez Escudero, Gil Molina, Camacho & García Cabeza, 2010).

Asimismo, se entiende que los antipsicóticos resultan efectivos en un 40% de los casos de forma parcial y que el 70% de los pacientes no genera adherencia a la medicación, por lo cual tanto la utilización continua de

antipsicóticos en las dosis de mantenimiento indicadas por el profesional médico tratante como el seguimiento del paciente para evitar la abrupta detención del tratamiento ayuda a prevenir recaídas y a evitar la reagudización de la sintomatología (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

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

3.6.2 Tratamiento psicológico

En relación con la psicoterapia para el tratamiento de la esquizofrenia Herlyn (2010) propone que los objetivos generales de los pacientes sean la reducción de la gravedad, la frecuencia y las consecuencias psicosociales de los episodios intentando dejar de luchar contra los síntomas y, más bien, hacer hincapié en intentar reorientar la vida en un sentido valioso para el sujeto padeciente de la enfermedad.

Actualmente existen una serie de propuestas terapéuticas que, según Vallina y Lemos (2001), en líneas generales, se dirigen al estímulo y al fortalecimiento de los factores que le posibilitan a la persona una sólida protección personal y una disminución de los agentes estresores del entorno biopsicosocial.

Siguiendo a Monreal Guillorme y Yaéz Igal (2012), las intervenciones psicológicas más eficaces a la hora de diseñar un plan psicoterapéutico para tratar la esquizofrenia son: a saber, los tratamientos cognitivos conductuales para reducir o eliminar la sintomatología de manera estandarizada y sistematizada intentando como primer objetivo reducir la angustia y la interferencia resultante de la mala interpretación de los síntomas psicóticos, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; el entrenamiento en habilidades sociales, intervención basada en la teoría del aprendizaje social donde se pretende estimular y reactivar las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales consideradas relevantes para alcanzar una óptima adaptación

en la comunidad, el mayor grado de independencia posible y relaciones interpersonales saludables y la psicoterapia grupal, intervención que permite la exposición de la propia historia personal de padecimiento y la recepción de un feedback frente a otros que experimentan situaciones similares, lo que permite, en cierto modo, identificarse con los otros relatos y, de esta manera, aliviar la angustia que provoca la sintomatología propia de la enfermedad.

Asimismo, Álvarez (2007) postula que las terapias psicodinámicas constituyen una modalidad de psicoterapia de gran eficacia para que los sujetos aprendan a conocerse a sí mismos, reconociendo sus fortalezas y debilidades y afirma que esta modalidad terapéutica complementa perfectamente con las terapias farmacológicas y con las terapias cognitivo conductuales, si bien se encuentran basadas en el dispositivo psicoanalítico y se hace uso de diversas estrategias y actividades aplicadas flexiblemente, donde se realizan intervenciones de terapia individual teniendo en cuenta la transferencia o alianza terapéutica que se establece entre el profesional y el paciente.

Por otra parte, la psicoeducación toma como base las teorías sistémicas desarrolladas en los años 50's que hacían énfasis en la teoría de la comunicación humana y la teoría del doble vínculo suministrando tanto al paciente como a la familia la información específica sobre la enfermedad y se los entrena en técnicas para enfrentar la problemática que procede del trastorno, siendo el objetivo principal mejorar la calidad del paciente y de sus cuidadores intentando crear ambientes con muy bajo estrés, disminuyendo la posibilidad de recaídas (Jiménez, Maestro & Moreno, 2004). De todas maneras, siguiendo a Vallina y Lemos (2001) las intervenciones en psicoeducación no bastan por sí solas para el cumplimiento terapéutico, pero sí son muy efectivas como primer paso para que el paciente pueda aumentar su capacidad de insight y, por sobre todas las cosas, incrementar su conciencia de enfermedad.

En los últimos años se han desarrollado enfoques psicoterapéuticos que inciden favorablemente en los déficits de la esquizofrenia, tales como los denominados *paquetes integrados multimodales*, dentro de los cuales la Terapia Psicológica Integrada (IPT) es la intervención más eficaz; el dispositivo, que se aplica de manera grupal, está compuesto de cinco subprogramas que

se encuentran ordenados jerárquicamente (diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales), de modo que las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, las intervenciones intermedias transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y las últimas entrenan a los enfermos para resolver problemas interpersonales más complejas (Belloso, 2012). Según Moriana, Alarcón y Herruzo (2006) números estudios indican que la IPT es superior al sólo entrenamiento en habilidades sociales en disminuir la desorganización psicótica y en mejorar tanto las habilidades en solución de problemas cognitivo-sociales como el procesamiento atencional temprano.

Asimismo, siguiendo la línea de abordajes integrales y multidisciplinarios, el dispositivo de hospital de día se presenta en la actualidad como uno de las opciones más eficaces en tratamientos para pacientes con sufrimiento psíquico severo, por lo cual, en el apartado siguiente, se hará hincapié más detalladamente en este tipo de modalidad terapéutica.

3.6.3 Tratamiento en hospital de día

El modelo de hospital de día nace en 1935 en la antigua Unión Soviética, como respuesta a la falta de lugares disponibles en los hospitales de aquel entonces, para luego desplegarse con más fuerza en Canadá, convirtiéndose rápidamente en un sustituto de la internación psiquiátrica completa más que en modelo de tratamiento en sí mismo con bases teóricas propias. En la década del 60 se fundan los primeros hospitales de día de día en América Latina (Porto Alegre y La Habana) y en la Argentina, en el año 1967, el Dr. Jorge García Badaracco crea el primer dispositivo en el Hospital Borda, donde comienzan a desarrollarse las primeras experiencias dentro del campo grupal entre pacientes y sus respectivas familias (Bertran, 2004)

De esta manera, el surgimiento del modelo actual de hospital de día básicamente fue producto de la conjunción tanto de factores económicos como de un cambio de paradigma en las filosofías de las orientaciones psiquiátricas y de un fuerte avance en los tratamientos farmacológicos como así también el fundamental aporte de Maxwell Jones (1952), quien observó que en las interacciones que se producían en el dispositivo también se generaba un nuevo

sistema social en el que todos los miembros se influían recíprocamente (Alcamí Pertejo, 1992).

En este sentido, Thornicroft, Szmulker y Mueser (2011) definen al hospital de día como un tratamiento ambulatorio de duración limitada que brinda un programa terapéuticamente intensivo, coordinado y estandarizado, que resulta especialmente efectivo para pacientes con dificultades graves en el desempeño social y laboral, ya que comprende un programa terapéutico que apunta tanto a trabajar sobre la remisión de los síntomas como al mejoramiento integral del funcionamiento del paciente.

Por otra parte, el tratamiento en 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. Se trata de un dispositivo ambulatorio que ofrece un nivel de asistencia intensivo para personas que sufren algún padecimiento mental (Proyecto Suma, 2016).

En función de las necesidades clínicas de cada paciente, Maureso (2012) establece cuatro funciones básicas del dispositivo de hospital de día, a saber: el hospital de día como opción alternativa para el tratamiento de pacientes agudos como reemplazo de una hospitalización; el hospital de día como instancia terapéutica posterior a una hospitalización, lo que posibilitaría un cuidado y un seguimiento más estructurado del paciente ambulatorio; el hospital de día como tratamiento adicional del paciente ambulatorio que no requiere de internación psiquiátrica y, por último, el hospital de día como instancia de rehabilitación a largo plazo para enfermos crónicos.

Asimismo, Bertrán (2004) señala que el objetivo esencial del hospital de día consiste en ofrecer una asistencia especializada y cualificada de forma ambulatoria para, de esta manera, evitar la hospitalización y para lo cual sugiere que el abordaje debe llevarse a cabo de forma multi e interdisciplinaria, para que sea posible atender a las necesidades particulares que puedan surgir de cada paciente.

Con respecto a la efectividad del dispositivo, numerosos estudios señalan que la recuperación de pacientes con trastornos psiquiátricos que hacían uso de esta modalidad terapéutica era considerablemente más rápida que aquellos que se encontraban hospitalizados a pesar de que el progreso en

la adquisición de habilidades sociales no habría sido mejor; de todas formas, se advierte que habiéndose realizado las mediciones en una población heterogénea resulta complejo generalizar tal efectividad (Marshall, 2003)

En este sentido, parte del tratamiento del hospital de día consiste en que el paciente pueda conseguir con el tiempo un nivel de funcionalidad social y ocupacional adecuado a partir del desarrollo de nuevas habilidades como así también lograr recuperar habilidades cognitivas y de sociabilización (Proyecto Suma, 2016).

Dentro de los programas de HDD generalmente se incluye el recurso de talleres y actividades artísticas para fomentar el intercambio, el diálogo y la interacción entre los pacientes, así como también para impulsar la propia expresión y vinculación con nuevas experiencias (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Algunos de los espacios expresivos más frecuentes del dispositivo son los talleres de arte, teatro, música, expresión corporal, yoga y escritura; todas técnicas basadas en la utilización de mecanismos de comunicación y simbolización mediante canales verbales o no verbales bien diferenciados en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales (Fabres, 2011).

Sanz y Del Río (2010) postulan que la actividad artística es propia del ser humano, independientemente del estado de salud que presente al momento de practicarla, por ello, al incorporarla dentro de un marco terapéutico procura un espacio para la normalidad -diferenciándose de otros enfoque terapéuticos que tienen sentido en función del tratamiento de la enfermedad-; movilizandocapacidades y recursos expresivos, comunicacionales y adaptivos que están en el paciente, volviéndose visibles y llevándolos al plano de la acción, utilizándolos para su propio desarrollo personal.

Por un lado, el arteterapia o talleres de arte introducen en el proceso de trabajo un marco de normalidad, además de desarrollarse dentro de un espacio, día y horarios preestablecidos; en los pacientes con esquizofrenia el proceso de simbolización se encuentra inhibido y la capacidad de abstracción como función psíquica superior se encuentra disminuida o, en el peor de los casos, bloqueada (Fabres, 2011).

Por otra parte, cabe señalar que la musicoterapia es una intervención terapéutica que se vale de la interacción con la música para ayudar a que los

sujetos con enfermedades mentales severas desarrollen relaciones adecuadas y aborden temáticas o cuestiones que posiblemente mediante la única utilización de la palabra no podrían expresar; se le atribuye también a esta práctica un efecto potencialmente contundente a la hora de regular las emociones, así como también se lo conceptualiza como un espacio de inclusión social fomentado por el trabajo en equipo y la consecuente participación de los individuos en las actividades que la intervención demanda (Gold, Helda, Dahle & Wigram, 2008).

Otra modalidad de intervención bien específica consiste en la práctica de la dramaterapia o, comúnmente denominados, talleres de teatro, que promueven intensivamente el desarrollo y el despliegue de habilidades cognitivas y emocionales y, especialmente en pacientes esquizofrénicos, contribuye al desarrollo e incremento de habilidades sociales, como así también a incrementar la confianza, la espontaneidad y la creatividad (Sáenz y Del Río, 2010).

3.7. Inserción laboral y autonomía

La integración laboral de las personas con discapacidad en el entorno laboral ordinario es un tema complejo, que presupone la interacción de dimensiones muy distintas (familia, escuela, formación profesional, políticas sociales, económicas y laborales) y que pone de relieve, en muchas ocasiones, la dificultad de coordinación entre las instituciones implicadas y los contextos que se relacionan con ellas (Fullana & Pallisero Díaz, 2003).

Una de las estrategias que ha demostrado alcanzar un mayor éxito en la inserción laboral de las personas con discapacidad en entornos ordinarios de trabajo es el empleo con apoyo, que podría definirse como la modalidad de empleo de sujetos con discapacidad encaminado a que éstos puedan acceder, mantenerse y promocionarse en una empresa ordinaria en el mercado de trabajo abierto, con los apoyos profesionales que sean necesarios (Egido Gálvez, 2009).

En este sentido, el dispositivo de hospital de día, en general, cuenta con talleres de inserción laboral dirigido a aquellos pacientes que se encuentran dispuestos a tener una ocupación regular, ya sea un trabajo, retomar los estudios o un proyecto preciso que pueda representarles un trabajo; en general, en el dispositivo los usuarios son alentados a utilizar los recursos y los

programas de empleo que existen en la ciudad en la que residen, generalmente ofrecidos por algún organismo del gobierno, empresa u organismo no gubernamental; no se trata entonces de una agencia de empleo sino más bien de un espacio en el que los talleristas (generalmente terapeutas ocupacionales o especialistas en trabajo social) intentan que los pacientes despierten o mantengan el interés por una vida social más rica ofreciendo una vía específica a cada uno de ellos para su articulación social (Bergeron & Cantin, 1997).

El trabajo de los coordinadores del taller consiste, entre otras cosas, en generar encuentros con los especialistas y los responsables de los diferentes organismos públicos de distintos servicios, acompañamiento y seguimiento para la inscripción de los pacientes en los cursos disponibles, asistencia en la confección de currículum vitae y en la redacción de proyectos de trabajo así como en su realización; por otra parte, los profesionales a cargo del taller de inserción laboral incluyen dentro de las actividades una serie de propuestas orientadas a ejercitar todas aquellas cuestiones relacionadas con las actividades de la vida diaria que se han visto menoscabadas por el impacto que provoca la enfermedad .

En este sentido, Álvarez (2013) señala que el progresivo deterioro que provoca la enfermedad en estos pacientes conlleva a una pérdida de funcionalidad o discapacidad para el desempeño de todos los roles, desde el familiar al ocupacional, lo que se traduce en una progresiva disminución de la autonomía personal, entendida ésta como la necesidad de asistencia o la total dependencia por parte del entorno familiar y social para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Asimismo, el déficit en las áreas de funcionamiento relacionadas con las actividades de la vida diaria es un denominador común en las personas que padecen esquizofrenia y abarca las actividades más frecuentes que realiza un individuo, incluyendo las conductas de aseo, comida, descanso, vestido organización de la casa y autocuidado (Romero, 2007).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2. Participantes

La paciente (MG) de 26 años ingresa al hospital de día con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Su grupo familiar está compuesto por su madre de, su padre y su hermano. Su padre es médico, su madre ama de casa y su hermano estudia en la universidad. La madre, reside en otro país y su padre y hermano conviven en la misma ciudad. MG vive sola en un departamento del mismo edificio en el que residen su padre y su hermano. Actualmente cuenta con acompañante terapéutica, aunque progresivamente va disminuyendo la frecuencia semanal. La relación entre los miembros de la familia es un tanto disfuncional y caótica.

D., es psicólogo graduado de la Universidad de Buenos Aires y actualmente coordina el grupo de psicoterapia del que participa la paciente. Fue residente y jefe de residentes del área de salud mental. Se desempeña como referente y coordinador de terapia grupal en la institución en la que se realizó la práctica desde 2013.

M, es Lic. en Trabajo Social graduada de la Universidad de Buenos Aires y actualmente se desempeña como coordinadora del taller de inserción laboral del hospital de día al que asiste la paciente. Es tallerista y referente suplente en la institución donde se llevó a cabo la práctica.

4.3. Instrumentos

Para la elaboración de este trabajo se utilizaron datos e información provenientes de la *historia clínica* personal de MG, donde consta su composición familiar, antecedentes, historial de internaciones, diagnóstico inicial del tratamiento, esquemas farmacológicos, entre otros.

Se emplearon también distintos instrumentos tales como *observación no participante*, para lo cual se elaboraron dos guías de observación. La guía de observación N°1 fue diseñada para ser utilizada en el taller de inserción

laboral y comprende las siguientes categorías: si la paciente ingresa voluntariamente a cada encuentro, si participa activamente, si participa de toda la actividad, si comprende las consignas tal como son formuladas, si logra interactuar con los demás pacientes, si puede identificar sus propias fortalezas y debilidades, si logra diferenciar entre conocimientos y habilidades, entre otras temáticas. La modalidad de respuesta es sí/no (ver Anexo I).

Por otra parte, con el objeto de observar dentro del mismo taller la evolución en cuanto a los niveles de autonomía alcanzados por la paciente, se elaboró la Guía N°2, para lo cual se tuvo en cuenta los ejes despertarse, higiene personal, vestimenta, toma de la medicación, manejo del dinero y utilización de transporte público y se utilizará una escala que puntuará en Nada, Muy Poco, Poco, Bastante o Mucho la necesidad de asistencia de un otro a la hora de ejecutar las actividades anteriormente mencionadas (ver Anexo II).

Asimismo, se asistió semanalmente a *reuniones de equipo* de hospital de día con la presencia de todo el equipo de profesionales y se participó de diez espacios de *supervisión* de los analistas que integran los procesos llevados a cabo con la paciente cuya duración estimada ha sido de dos horas cada una.

Luego, se realizaron *entrevistas semidirigidas* al referente del espacio de psicoterapia grupal del cual participa MG dos veces por semana y a la trabajadora social encargada del taller de inserción laboral. Se tuvo en cuenta como ejes de las entrevistas diversas temáticas, tales como la adaptación de MG al dispositivo, la evolución de su sintomatología de base, el proceso personal de la paciente, la adherencia al tratamiento y la existencia de la posibilidad real de reinserción social-laboral de la paciente.

4.4. Procedimiento

La observación no participante de la paciente se llevó a cabo en los diferentes espacios en los que participa dentro del dispositivo hospital de día. La franja horaria concurrida contempla desayunos, taller de teatro, musicoterapia, taller de inserción laboral y asambleas.

Se realizaron dos entrevistas al referente de la paciente y a la coordinadora del taller de inserción laboral, que se llevaron a cabo de manera informal en los espacios de tiempo que los profesionales disponían.

La guía de observación N° 1 que se utilizó en el taller de inserción laboral ha sido completada por el observador una vez por semana durante cuatro meses al finalizar cada encuentro de la actividad.

La guía de observación N° 2, que da cuenta de la evolución con respecto a los niveles de autonomía adquiridos por la paciente, ha sido completada por el observador el día del ingreso de MG al hospital de día, al mes y a los cuatro meses de haber ingresado.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Antes de comenzar a responder a los objetivos específicos planteados en el presente trabajo, se considera relevante mencionar que la primera internación de MG tuvo lugar a los 15 años, momento en que la paciente relata el divorcio de sus padres. La historia clínica de la paciente registra cuatro internaciones previas al ingreso en el dispositivo de hospital de día.

MG asiste a hospital de día en la institución cuatro veces por semana de 9 a 13 hs. y su ingreso al dispositivo fue pactado de común acuerdo por el equipo externo que la asiste y sus padres. El equipo externo se encuentra conformado por un psiquiatra, una psicoterapeuta y una acompañante.

Durante un período significativo de estabilidad sintomática, la paciente pudo comenzar a realizar una carrera terciaria, que aún no ha logrado concluir, pero que en la actualidad ha retomado parcialmente luego de haberla interrumpido debido a las sucesivas internaciones

Actualmente MG recibe tratamiento farmacológico (Clozapina 500 mg. y Pregabalina 300 mg diarios).

5.1. Descripción de la sintomatología de la paciente al ingresar al hospital de día.

De acuerdo a la historia clínica de la paciente, su padre manifiesta que con respecto a la última internación (dos meses previos al ingreso a hospital de día) de MG en una clínica privada de salud mental de la CABA no puede ubicar qué fue lo que la motivó, pero los registros indican que las razones

obedecían a un cuadro de descompensación psicótica caracterizado por ideación delirante, alucinaciones, irritabilidad, conductas bizarras y agresivas.

Al momento de ingresar al dispositivo hospital de día, la paciente se encontraba atravesando una reagudización de su sintomatología de base que, de acuerdo a lo registrado en su historia clínica, se vio precipitada por un cambio realizado por el psiquiatra tratante en su esquema de medicación. El motivo de consulta de MG en la entrevista de admisión fue “quiero cambiar cosas, tener amistades más saludables” y “tengo muchas discusiones familiares”.

La agudización de la sintomatología funcionó como disparador para que el ingreso de la paciente en el hospital de día sea inminente, ya que luego de que el psiquiatra reformulara el plan de medicación psicofarmacológica y que la paciente respondiera de modo favorable al mismo, MG se encontraba en condiciones de ingresar a este dispositivo que, tal como especifica Bertrán (2004), se encuentra especialmente dirigido a pacientes agudos que requieran de un tratamiento especializado y estructurado en forma ambulatoria como modo de evitar la hospitalización.

Asimismo, el psiquiatra tratante sugiere el ingreso de la paciente a la institución de referencia debido a que el abordaje multidisciplinario del hospital de día que apuntaría a que los usuarios del dispositivo logren alcanzar con el tiempo un nivel de destreza social y ocupacional como así también la posibilidad de recuperar habilidades sociales y cognitivas ; esto coincidiría con las inquietudes propias de la paciente luego de lograr cierta estabilidad sintomática, lo que a la vez manifiesta como motivo de consulta en la entrevista de admisión.

De acuerdo a la historia clínica, se podría deducir que al momento de ingresar al hospital de día la agudización de la sintomatología podría llegar a corresponderse con una recaída, ya que a lo largo de las cuatro internaciones previas, la paciente mantuvo una baja adherencia a la medicación prescrita por los profesionales tratantes y a los distintos tratamientos psicoterapéuticos indicados oportunamente. En este sentido, el National Institute for Health and Care Excellence (2009), señala que la interrupción abrupta de los tratamientos

farmacológicos y psicoterapéuticos indefectiblemente conducen a recaídas, que, entre otras cosas, se evidencian en un marcado deterioro en lo que respecta al cuidado personal, higiene, vestimenta, entre otros.

Asimismo, de acuerdo a los comentarios derivados de la entrevista realizada al psicólogo referente de MG, es posible evidenciar en la paciente un marcado empobrecimiento de sus relaciones sociales, pensamiento concreto y cierta falta de fluidez en el habla, lo que se relaciona con los conceptos expresados por Mueser y Jeste (2008), quienes señalan que, como producto de las sucesivas recaídas, es posible observar en pacientes esquizofrénicos un deterioro global tanto a nivel cognitivo, social como afectivo.

La descripción de la sintomatología de MG al momento de ingresar al dispositivo de hospital de día se vuelve más clara al agruparla en los dos dominios contemplados en el DSM IV-TR (APA, 2002) y en el DSM V (APA, 2013); estos son: los síntomas positivos, que a la vez se dividen en *psicóticos* – alucinaciones e ideas delirantes – y de *desorganización* – lenguaje y comportamiento desorganizado, y los síntomas negativos –en DSM IV-TR alogia, abulia y aplanamiento afectivo y en DSM V expresión emocional disminuida y abulia.

Con respecto a la sintomatología positiva que presentaba MG al ingresar al hospital de día, de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, es posible identificar la presencia de ideas delirantes que, de acuerdo a la distinción realizada por Kaplan y Sadock (1996), podrían clasificarse en ideaciones de tipo persecutoria, autorreferenciales y de contenido religioso. En principio, la paciente manifestaba una férrea convicción de estar siendo perseguida y observada por extraños y, en este sentido, Jiménez et. al (2008), señalan que estas ideas persecutorias generalmente se ven agravadas por la vívida sensación experimentada por los pacientes de que estos sujetos extraños que los observan además estuvieran conspirando contra ellos para realizarle algún tipo de daño y adivinar o leer sus pensamientos.

Asimismo, tal como señalan Sadock y Sadock (2009) estas creencias paranoides se ven fortalecidas por la asociación de ideas de tipo autorreferenciales y, en el caso de MG, es bien claro, ya que expresa una clara

tendencia a atribuir de forma errónea cualquier tipo de situación como si estuviese dirigida o vinculada a su persona, lo que se evidencia de acuerdo a los dichos vertidos por su padre en la entrevista de admisión que figura en la historia clínica: “Está medio deprimida pero en estado de alerta. Va caminando por la calle y cree que la gente la mira y le mueve la cabeza”.

En referencia a las ideas delirantes de contenido religioso, de acuerdo a lo expresado en la entrevista realizada a su psicólogo referente dentro del dispositivo, MG manifestaba que dos meses antes de ingresar a la institución (unas semanas previas a la última internación) comenzó a recibir mensajes de parte “dos ángeles que acompañan a Dios a todos lados” en los que la convocaban a formar parte de un “grupo de personas elegidas” para que comunicaran al resto de los seres humanos cuáles eran las cosas que Dios consideraba que eran buenas y cuáles no. Este tipo de ideas delirantes de contenido místico o religioso forman parte también de las categorizadas por Kaplan y Sadock (1996) de acuerdo a su contenido temático.

De esta manera, la paciente afirmaba que los mensajes en cuestión se le presentaban de un modo bien particular; según sus propias expresiones que constan en la historia clínica: “primero empiezo a sentir que se me acelera el corazón, se me cierra el pecho y me cuesta respirar...después entra todo el aire puro y blanco que me limpia la cabeza, los pulmones y el estómago....ahí me quedo tranquila y me llega la información bien clara....me queda escrita en el cerebro” lo que, de acuerdo al DSM IV-TR (APA, 2002), podría formar parte de la categoría de ideas delirantes consideradas como extrañas, en el sentido que no es posible comprobar que sean verdaderas al no mantener ningún grado de correspondencia con las experiencias ordinarias de la vida y también por el hecho de hacer referencia a una pérdida de control del cuerpo o de la mente, tal como afirma la paciente en su relato.

Asimismo, este tipo de ideación en la cual la paciente refiere que su cuerpo y su mente se veían alterados al recibir los mensajes, también se corresponden con los delirios de contenido somático, tal como expresan Kaplan y Sadock (1996) en la clasificación realizada por los autores.

De acuerdo a la entrevista realizada al psicólogo referente de MG, en la entrevista de admisión, la paciente refiere que una vez que los mensajes “se grababan en el cerebro”, el paso siguiente consistía en divulgarlos para que los individuos que no formaban parte de ese grupo de elegidos “pudiera conocer la voluntad de Dios” y el medio elegido para hacerlo era a través de las redes sociales, lo que en cierta forma, manifiesta el psicólogo, funcionó como señal para que las personas que leían las publicaciones de MG pusieran en alerta a sus padres, ya que, además de la falta de lógica del contenido de los textos, se evidenciaba una forma de escribir bien particular que, de acuerdo a lo señalado por Jiménez et. al (2008), podría clasificarse dentro de los trastornos formales del pensamiento, en el sentido de que se trata de alteraciones tanto en la estructura, en la forma o en el procesamiento del discurso y se manifiestan en el lenguaje escrito o hablado de los pacientes esquizofrénicos.

Otros de los síntomas positivos que presentaba la paciente al ingresar en el dispositivo consistían en alucinaciones de tipo auditivas y visuales. Según la historia clínica, MG refería escuchar voces que, de manera sistemática, opinaban despectivamente sobre cuestiones inherentes a su persona “sos una gorda que no sirve para nada”, “solamente servís para armar problemas”, “no tenés amigos”, “no sabés estudiar y tuviste que dejar la carrera”, “tus papás se separaron por culpa de tuya”, “le arruinaste la vida a tu hermano” y “sos la vergüenza de la familia”, son algunos de los fragmentos de conversaciones que la paciente manifestaba escuchar. En este sentido, de acuerdo al DSM IV (APA, 2002), las alucinaciones auditivas en las que dos o más voces comentan entre sí o en las que las voces realizan comentarios sobre el hacer o el pensar del sujeto, son bien típicas de los cuadros de esquizofrenia.

Por otra parte, las alucinaciones visuales se relacionaban más con apariciones difusas de rostros con expresión de enojo o desagrado que, de acuerdo a lo que expresa el referente de la paciente en la entrevista, la alteraba sobremanera al causarle un temor desmedido por el hecho de no poder controlar su duración. En este sentido, el miedo experimentado por la paciente va en consonancia con lo que señalan Jiménez et. al (2008) al referirse a las alucinaciones como percepciones muy reales que no mantienen relación alguna con estímulos externos y que escapan al control de los individuos.

Asimismo, tanto las alucinaciones auditivas como las visuales se le presentaban a MG como apariciones externas que se manifestaban espontáneamente, no pudiendo registrarlas como producciones de su propia mente lo que, de acuerdo a Álvarez (2013), constituye una de las características básicas de las alucinaciones en la esquizofrenia y conduce a que los sujetos adjudiquen estos fenómenos a una causalidad externa.

Con respecto a la sintomatología negativa, de acuerdo a la observación no participante llevada a cabo en los distintos espacios del dispositivo, fue posible identificar en la paciente un claro aplanamiento afectivo, que se manifestaba sobre todo al comienzo de cada jornada, especialmente en el desayuno, cuando MG, en general, prefería no acercarse a la mesa y quedarse sentada en uno de los sillones del salón. Esta situación muchas veces se replicaba a la hora de llevar a cabo las distintas actividades propuestas en el tratamiento, en las que generalmente no se integraba y prefería mantenerse a un costado del grupo con un rostro inexpresivo y sin siquiera prestar atención a la escena que sus compañeros desarrollaban, lo que se corresponde directamente con lo que señalan Foussias y Remington (2010) al referirse al aplanamiento afectivo como un declive y empobrecimiento en la manifestación de emociones y sentimientos que se evidencia en expresiones tales como un gesto facial inmutable, poco contacto visual y un tono de voz monocorde, entre otros.

Asimismo, de acuerdo a lo expresado por su psicólogo referente en la entrevista realizada, la paciente presentaba notables dificultades al momento de intentar verbalizar cómo se sentía en los espacios de psicoterapia grupal a los que asistía dos veces por semana, reaccionando también de modo indiferenciado en cuanto a su expresión facial y las inflexiones en la voz y, en general, sintiéndose notablemente inhibida y, en muchas ocasiones, amenazada por la presencia de sus compañeros. En este sentido, de acuerdo a lo que expresa Álvarez (2013), los déficits en el funcionamiento psicosocial constituyen otra característica distintiva en la sintomatología de pacientes esquizofrénicos, que se expresa, en parte, en la problemática para mantener relaciones con familiares y amigos y en la imposibilidad de generar nuevos lazos afectivos.

De acuerdo, a la observación no participante llevada a cabo a lo largo de la práctica, fue posible detectar en MG la presencia de abulia, lo que se evidenciaba diariamente a la hora de llevar a cabo las consignas que proponían cada una de las actividades semanales como así también en cuestiones inherentes a su imagen personal. La paciente frecuentemente manifestaba su reticencia a la hora de participar de aquellas actividades que demandaban la puesta en movimiento del cuerpo o de algún esfuerzo mental -tales como musicoterapia o teatro- como así también era posible observar una marcada desprolijidad en su vestimenta y aseo personal.

Por otra parte, la historia clínica también evidencia que si bien MG intentó comenzar a llevar adelante una carrera terciaria, no pudo sostenerla a lo largo del tiempo. También allí consta que la paciente, de acuerdo a expresiones de su madre en la entrevista de admisión, dormía aproximadamente 13 horas por día y que sólo se levantaba para comer, buscar algo de comida para luego volver a la cama y ver televisión. En este sentido, este tipo de comportamiento evidenciado en MG se relaciona con lo que Foussias y Remington (2010) exponen al referirse a la abulia, entendida ésta como una ausencia de energía, impulso o interés para realizar actividades de la vida cotidiana que indefectiblemente conducen a problemas sociales y económicos, falta de persistencia en el trabajo y en los estudios y un marcado descuido en el aseo, la higiene y la imagen corporal.

Si bien uno de los motivos de consulta que figuran en la historia clínica de MG consistía en el deseo de conocer nuevas amistades, es posible observar la presencia del complejo sintomático negativo anhedonia/retracción social en la paciente, entendido, de acuerdo a lo expresado por Kaplan y Sadock (1996) como todas aquellas dificultades vinculadas con la posibilidad de experimentar placer o cierto interés con actividades o situaciones que, en general, son placenteras, y problemáticas tales como la imposibilidad de mantener relaciones sociales saludables con los demás individuos.

En principio, la paciente manifestaba severas dificultades a la hora de relacionarse con sus compañeros tanto en el marco de las actividades propuestas por el dispositivo como en las eventuales situaciones que pudieran desarrollarse por fuera de la institución como, por ejemplo, una salida al cine

organizada por otros pacientes que asisten al dispositivo durante el fin de semana, luego de la cual expresa no sentirse cómoda y sentirse observada constantemente y no haber disfrutado de la película: “no sé de qué se trataba la película”, “ni bien llegué al cine ya me quería ir a mi casa”, tal como refiere el psicólogo referente a lo largo de la entrevista realizada.

Por último, con respecto a los déficits cognitivos y a los síntomas afectivos, si bien no se han observado a lo largo de la práctica ni se han registrado en la historia clínica de la paciente, es preciso señalar que, de acuerdo a expresiones surgidas en la entrevista realizada a su psicólogo referente, MG presentaría algunos de estos déficits en forma leve a moderada, que, tal como señalan Mueser y Jeste (2008), la presencia de los mismos es bastante frecuente en la mayoría de los pacientes esquizofrénicos.

5.2.2 Descripción del tratamiento que recibe la paciente en el hospital de día.

Al momento de ingresar al hospital de día, MG ya se encontraba bajo tratamiento psicoterapéutico y farmacológico a cargo de su equipo externo conformado por un psiquiatra, una psicóloga y una acompañante terapéutica. El nuevo esquema de medicación de la paciente consistía en la ingesta de 500mg. de clozapina como antipsicótico y 300 mg de pregabalina como ansiolítico y el tratamiento psicológico se basaba en una psicoterapia de corte cognitivo conductual con una frecuencia de dos veces a la semana en consultorio particular. En este sentido, la combinación de ambos tratamientos se relaciona con lo que postula el National Institute for Health and Care Excellence (2009) con respecto a que si bien los antipsicóticos se constituyen como el tratamiento nuclear de la esquizofrenia, han demostrado tener limitaciones relacionadas con remisiones sintomatológicas incompletas, altas tasas de recaídas, efectos adversos y poca adherencia a los mismos.

De acuerdo a las indicaciones de su equipo externo tratante y a las conclusiones a las que arribaron los profesionales que llevaron a cabo la entrevista de admisión de la paciente al dispositivo, el tratamiento consistiría en la asistencia de MG al hospital de día los días martes, miércoles, jueves y viernes en el turno de la mañana (de 9 a 13 hs.), lo que de acuerdo al

cronograma semanal del dispositivo implicaba la participación en los talleres de musicoterapia, arteterapia, teatro e inserción laboral así como también la asistencia a terapia grupal, coordinada por uno de los referentes psicólogos asignados a la paciente, dos veces a la semana y a una asamblea semanal en la que participan pacientes y profesionales. Asimismo, el psicólogo admisor sugirió a los padres de la paciente participar del taller de psicoeducación y de la terapia multifamiliar que la institución ofrece a las familias de los usuarios, pero éstos manifestaron no poder asistir por cuestiones geográficas y de índole laboral.

Con respecto al tratamiento psicológico de MG, sería deseable poder describir tanto los objetivos planteados, el proceso del mismo como los logros alcanzados hasta el momento, pero ello no resulta posible de acuerdo a las limitaciones formales que caracterizan al presente trabajo y al hecho de que tampoco se cuenta con la información necesaria para poder realizarlo.

De todas maneras, resulta de importancia señalar que, de acuerdo a lo referido en la historia clínica, la psicoterapia cognitiva conductual junto con el tratamiento farmacológico diseñado a la medida de la paciente han colaborado activamente a la hora de que MG pudiera minimizar el impacto provocado por la angustia y la interferencia derivados de los delirios y las alucinaciones, ya que, tal como señalan Monreal Guillorme y Yániz Igal (2012), este tipo de intervención estandarizada crea las condiciones necesarias para que los sujetos puedan comprender las malas interpretaciones que realizan de su sintomatología como así también para que puedan entender cómo las cogniciones influyen directamente en sus propias emociones y comportamientos disfuncionales.

En este sentido, la estabilización sintomatológica experimentada por MG unos meses después de haber ingresado al dispositivo podría explicarse, por un lado, por la reconfiguración de su esquema farmacológico y, por el otro, por el aumento en la frecuencia de las sesiones de psicoterapia individual, sumado al plan intensivo de tratamiento formulado por los profesionales tratantes del hospital de día.

De acuerdo, a expresiones del psicólogo referente derivadas de la entrevista, el tratamiento en el dispositivo hospital de día dentro de esta institución en particular fue indicado específicamente por el psiquiatra tratante y también contó con el apoyo de la psicoterapeuta particular, la acompañante y la familia de MG, quienes acordaron que el ingreso de la paciente al centro de rehabilitación de salud mental respondería a objetivos tales como su estabilización clínica, la revinculación social y la reconexión con sus intereses particulares. En este sentido, tal como afirma Maureso (2012), el tratamiento en hospital de día, entre otras posibilidades, se contempla como instancia posterior a una internación que permitiría llevar a cabo un seguimiento y un cuidado más estructurado del paciente ambulatorio, lo que, en cierta forma, coincidiría con algunos de los propósitos terapéuticos planteados por MG al momento de ingresar al dispositivo.

Asimismo, según la entrevista realizada al psicólogo D., tanto las sesiones de terapia grupal, como los talleres de arte, teatro, terapia de movimiento e inserción laboral a los que asiste MG regularmente, se encuentran direccionados a favorecer el desarrollo de nuevos lazos sociales entre los pacientes, lo que condice con lo expresado por Alcamí Pertejo (1992), quien señala que los intercambios personales y las interacciones que se producen dentro del dispositivo propulsan la creación de un nuevo sistema social en el que todos los sujetos participantes se influyen recíprocamente.

Las sesiones de terapia grupal, coordinadas por el psicólogo referente de MG y otra psicoterapeuta de la institución, se llevan a cabo dos veces por semana (martes y jueves) y se presentan como un espacio que posee como ventaja principal el hecho de que los usuarios del dispositivo puedan relatar sus propias experiencias personales ante sus compañeros, recibir una devolución pública de los coordinadores y, a la vez, escuchar las historias de los demás pacientes. Este tipo de intervención psicoterapéutica, tal como afirman Monreal Guillorme y Yáñez Igal (2012) habilita también la posibilidad de que los participantes puedan identificarse con las exposiciones de sus pares y, de este modo, aliviar la angustia que provoca la sintomatología propia del cuadro, aunque en el caso de MG pudo haber resultado un tanto iatrogénico a lo largo

de los primeros encuentros, por la presencia de síntomas paranoides que, al momento de ingresar al dispositivo, se encontraban agudizados.

Entonces, los diversos talleres incluidos en el tratamiento en hospital de día, al servirse de la actividad artística como medio para generar un diálogo entre los pacientes y para estimular la propia expresión y vinculación con nuevas experiencias, tal como expresa el National Institute for Health and Care Excellence (2009), se presentan como una alternativa óptima a la hora de responder a los objetivos del tratamiento orientados a la revinculación con los intereses propios de MG y a promover un modo favorable de resocialización, indicados por el equipo externo tratante, tal como consta en la historia clínica de la paciente.

En principio, la musicoterapia se presenta como una intervención terapéutica que podría tener en MG un efecto sumamente beneficioso, ya que tal como señalan Gold et. al (2008), entre alguna de sus funciones, se le adjudica, por un lado, un efecto importante al momento de modular los estados anímicos y –al valerse de la interacción con la música- contribuir a que los pacientes con padecimientos mentales severos aborden temáticas que a través de la palabra jamás podrían expresar.

En este sentido, de acuerdo a las distintas observaciones realizadas, la paciente al poco tiempo de haber ingresado al dispositivo ha comenzado a escuchar música, siendo ella misma una de las personas que más utiliza el equipo de audio que ofrece la institución para los momentos de recreo como así también ha incrementado progresivamente su participación en el taller de referencia solicitándole a la coordinadora del taller, en reiteradas ocasiones, distintos temas musicales para cerrar cada uno de los encuentros. Asimismo, se ha podido observar que, al cabo de las primeras cinco semanas de tratamiento en hospital de día, MG adquirió un dispositivo portátil para escuchar música y solicitó a su padre la suscripción al servicio de Spotify.

De la misma manera, siguiendo las observaciones realizadas, es posible señalar que la participación de la paciente en el taller de arte ha resultado harto beneficiosa, ya que MG, a partir del cuarto encuentro, se mostró muy atenta y disponible a la hora de acatar las consignas, específicamente en referencia a

una actividad denominada “convivencia”, que de acuerdo a los comentarios del coordinador consiste en una intervención direccionada a favorecer la integración social de un modo indirecto, ya que propone que cada uno de los pacientes organizados en grupos de tres personas vayan dibujando y pintando diferentes zonas en un gran lienzo dispuesto sobre una mesa de trabajo para luego ir intercambiando posiciones, lo que indefectiblemente favorecería el intercambio comunicacional en cualquiera de sus formas; el hecho de que los sujetos se encuentren trabajando muy próximos físicamente, “codo a codo” con la “excusa” de estar cumpliendo la consigna propuesta por el tallerista de dibujar y pintar un cuadro final producto de la colaboración y del esfuerzo conjunto, estimularía el contacto entre los participantes de modo casi inevitable.

Es interesante destacar también que, mientras llevaban a cabo esta actividad, los usuarios del dispositivo compartían mate y música de fondo, generándose un clima de trabajo relajado, cálido y familiar. En este sentido, tal como señala Fabres (2011) la actividad artística es bien propia del ser humano independientemente del estado de salud que se encuentre atravesando, por lo que al incluirla dentro de un espacio terapéutico procura un lugar para la “normalidad”, poniendo en acto recursos expresivos, comunicacionales, adaptativos y capacidades que quizás se hallaban en los sujetos de modo latente.

Asimismo, la utilización terapéutica del teatro en el plan de tratamiento propuesto por los profesionales del dispositivo, podría tener un impacto positivo en la paciente a la hora de ejercitar sus habilidades sociales, emocionales y cognitivas, tal como señalan Sáenz y Del Río (2010) al afirmar que este tipo de intervención colabora en el desarrollo e incremento de habilidades sociales como así también contribuye a aumentar la confianza en sí mismo, la creatividad y la espontaneidad, sobre todo en pacientes esquizofrénicos. De todos modos, de acuerdo a las observaciones realizadas a lo largo de la práctica, el desempeño de MG en el taller de teatro ha sido, en líneas generales, muy tímido, en el sentido de que la paciente no pudo hacer un uso efectivo del espacio hasta los primeros tres meses de iniciada la actividad, ya que sólo se limitaba a asistir al encuentro, permanecer sentada sin involucrarse

en ninguna de las actividades propuestas, a pesar de que el tallerista y sus compañeros la incitaran de modo insistente para que lo hiciera.

Cabe hacer mención también que fue posible observar que MG, frente a la invitación constante del coordinador y de los otros pacientes para que participara del espacio, en general se limitaba a responder con una sonrisa, dejando entrever que, si bien no lograba involucrarse en la propuesta, esto se debía a su propia imposibilidad y no a una aversión a la propuesta del taller, lo que también se manifestaba cuando los otros pacientes realizaban ejercicios de improvisación y MG, en algunas ocasiones, observaba atentamente y, en otras, se reía enfáticamente. A su vez, es relevante comentar que MG no era la única paciente que se resistía a participar de la actividad, por lo que era bastante usual que interactuara con los compañeros que también se mantenían “fuera de escena” al igual que ella.

Por otra parte, la paciente también participó semanalmente del taller de inserción laboral, coordinado por T. (Lic. en Trabajo Social) a quien se le realizaron entrevistas y se mantuvieron conversaciones informales a lo largo de la práctica profesional sobre el desempeño de MG en este espacio terapéutico. Cabe destacar también que a lo largo de este taller se realizaron observaciones de tipo no participante y que, en muchas ocasiones, la profesional a cargo ha solicitado la asistencia de los concurrentes a la práctica profesional para el desarrollo de determinadas actividades y ejercicios. De todas maneras, la experiencia de MG en este espacio será descrita en el apartado 5.2.4, que constituye el último objetivo de este trabajo.

Por último, se vuelve relevante señalar que, tanto el tratamiento farmacológico como el tratamiento psicológico individual, se llevó a cabo por el equipo externo tratante de la paciente de forma paralela al tratamiento en hospital de día, quienes han mantenido un contacto relativamente poco fluido con los profesionales de la institución de referencia, debido a cierta reticencia manifestada por aquellos, a la hora de comunicarles los eventuales avances y/o dificultades de MG como a mantener reuniones o comunicaciones telefónicas, con la regularidad que éstos consideraban necesaria.

5.2.3 Comparación de la sintomatología positiva de la paciente al inicio del tratamiento en hospital de día y a los cuatro meses de iniciado el mismo.

De acuerdo a todos los instrumentos utilizados a lo largo del desarrollo de la práctica profesional, el presente objetivo pretende cotejar la información sobre la sintomatología positiva obtenida de la paciente al momento de ingresar al dispositivo de hospital de día con los datos registrados a los cuatro meses de iniciado el tratamiento. En este sentido, se vuelve necesario volver a definir los síntomas positivos de acuerdo a la clasificación estipulada por la APA (2002), según la cual se trata de una distorsión de las funciones normales al referirse a las ideas delirantes y a las alucinaciones y a síntomas de desorganización, que incluyen comportamiento y lenguaje desorganizado y que, en el caso de MG, es posible observar la predominancia de las dos primeras; a saber: ideas delirantes de contenido autorreferencial, persecutorio, religioso y somático y alucinaciones auditivas y visuales.

La elección de los síntomas positivos a la hora de llevar adelante la comparación de referencia, responde al hecho de que, por un lado, el presente trabajo debe ajustarse a determinados límites formales en lo que respecta a su extensión y, por otro, a que la sintomatología en cuestión, en cierta forma, se vuelve más accesible al momento de llevar a cabo la tarea de observación por presentar características mucho más floridas y manifiestas en comparación a la sintomatología negativa, también típica de los cuadros psicóticos.

En este sentido, de acuerdo a los registros que constan en la historia clínica, la sintomatología de la paciente al inicio del tratamiento en hospital de día se encontraba en fase aguda, a pesar de estar medicada con el nuevo esquema farmacológico (clozapina y pregabalina) indicado por el psiquiatra tratante cuatro semanas antes de ingresar a la institución y el aumento de sesiones de psicoterapia cognitivo conductual, es importante señalar que a lo largo de las primeras semanas en el dispositivo, algunas de las ideaciones delirantes descriptas en el objetivo 1, aún persistían aunque, en algunos casos, de manera más atenuada.

La historia clínica de la paciente registra cuatro internaciones a lo largo de los últimos diez años anteriores al ingreso en el dispositivo, en donde consta que la medicación que los distintos profesionales le habían indicado durante ese período, consistía en carbonato de litio y olanzapina en los primeros años y quetiapina antes de la última hospitalización; cabe mencionar también que en el instrumento no existen datos precisos en cuanto a frecuencia y dosaje de la medicación, pero sí observaciones reiteradas en relación a la baja adherencia a la misma por parte de MG como una constante que se ha replicado en su historial clínico.

En este sentido, la información que obra en la historia clínica mantiene una relación directa con lo que señala el National Institute for Health and Care Excellence (2009) con respecto a que el 70% de la población de pacientes psicóticos no genera adherencia a la medicación y que tanto el sostener las dosis de mantenimiento indicadas por el médico como el seguimiento del paciente para que no abandone abruptamente el tratamiento, incide de manera fundamental a la hora de prevenir recaídas y minimizar las chances de una reagudización sintomatológica.

Según la entrevista realizada al psicólogo referente D., durante el primer mes de tratamiento en el dispositivo la paciente se mostraba un tanto reticente a la hora de ingresar a los diferentes talleres y a las sesiones de terapia grupal, como así tampoco manifestaba demanda alguna a los profesionales a cargo del tratamiento.

De acuerdo a lo registrado en una de las supervisiones del equipo, al tercer día de haber ingresado al hospital de día, MG llega en horario para desayunar con sus compañeros y referentes, pero no se sienta a la mesa y decide permanecer en uno de los sillones que se encuentran a unos metros, con la mirada fija en un punto; luego de unos minutos, uno de los profesionales del dispositivo se acerca y le pregunta si se sentía bien, a lo cual MG responde que sí, pero que estaba agotada por haber caminado varias cuadras, manifestando haberlo hecho durante más de tres horas y sentir un dolor muy intenso en sus pies: “tengo todos los pies ampollados”, “me están sangrando”. De manera inmediata, el profesional la acompaña a la enfermería de la institución para que la asistan y, luego de unos minutos, la enfermera le informa

que los pies de MG se encontraban en perfecto estado, que no presenta ninguna lastimadura ni traumatismo que pudiera causarle dolor alguno; en este sentido, lo descrito se vincula con las ideaciones delirantes de contenido somático señaladas por la APA (2002), según la cual, los sujetos manifiestan una pérdida de control sobre lo que sucede con sus cuerpos y/o sus mentes y sus relatos no presentan coherencia alguna con la realidad fáctica.

Por otra parte, según consta en la historia clínica de la paciente, luego de haber sido atendida en la enfermería, el psicólogo referente se comunicó con su acompañante terapéutica, quien negó rotundamente que MG haya caminado durante tres horas antes de llegar a la institución, manifestando que si esto hubiera sido así, la paciente habría deambulado por la ciudad desde las 6 AM, lo cual era imposible, ya que ella misma la había recogido por su casa para tomar el colectivo que utilizaban todas las mañanas a las 8.30 AM para llegar a horario al hospital de día de referencia.

Asimismo, durante el transcurrir de las primeras semanas de tratamiento en el hospital de día y, de acuerdo a comentarios que surgieron de las reuniones de equipo de profesionales de las que se participó oportunamente durante la práctica profesional, la paciente le comunica a uno de los coordinadores de taller que siente que sus compañeros la observan, hablan entre ellos y se ríen de ella, pero que no le molesta tanto porque ya está acostumbrada. En este sentido, según lo señalado por Jiménez et. al (2008) es bien característico de los delirios persecutorios que los pacientes tengan la certeza de estar siendo espiados, ridiculizados o engañados pero, lo interesante aquí, quizás sea que si bien es posible en esta situación descrita, observar en la paciente aún la presencia de ideación delirante de tipo persecutorio, esto no ha resultado invalidante a la hora de que MG pudiera continuar realizando la actividad en la que se encontraba inmersa en aquel momento a pesar de mostrarse un tanto suspicaz, según los comentarios del coordinador del taller.

A su vez, lo manifestado por MG al coordinador del taller se corresponde con lo que expresan Sadock y Sadock (2009) al referirse a las ideas delirantes autorreferenciales, en las que los sujetos se encuentran absolutamente convencidos de que ciertas situaciones, comentarios o detalles que

aparentemente no tendrían relevancia alguna, están direccionados hacia ellos mismos específicamente, generándose, de este modo, vivencias anormales que en líneas generales se encuentran en relación directa con las creencias paranoides que el sujeto pueda presentar.

Con respecto a los delirios de contenido religioso, es interesante mencionar que, según las observaciones realizadas en los espacios de supervisión, durante los primeros días de haber ingresado al dispositivo no volvieron a manifestarse del modo tan virulento en que se manifestaban semanas antes de que MG ingresara en el hospital de día, aunque durante el desarrollo de la primera sesión de terapia grupal ante la pregunta formulada por su psicólogo referente de si deseaba contar algo de su vida o simplemente presentarse, la paciente expresó: “Dios no quiere”, incorporándose y retirándose del espacio terapéutico, lo que constituye, en cierta forma, una representación típica de ideación delirante de temática religiosa propuesta por Kaplan y Sadock (1996) en su clasificación.

Por otra parte, con respecto a las alucinaciones auditivas, de acuerdo a los datos que obran en la historia clínica, la paciente manifiesta sentirse mejor a las pocas semanas de haber ingresado al tratamiento en hospital de día y comenta que las voces dejaron de aparecer con tanta frecuencia y que, a pesar de seguir oyéndolas, lo hace pero “con un volumen más bajo”, aunque manifiesta que le gustaría dejar de escucharlas por completo porque, según sus propias expresiones “me viven molestando, “siguen hablando mal de mí” y “me ponen muy nerviosa”.

En este sentido, MG no logra catalogar a las alucinaciones auditivas como producciones de su propia mente, cuestión que va en consonancia con lo que expresa Álvarez (2013) al afirmar que los pacientes esquizofrénicos experimentan escuchar voces, pero carecen de la posibilidad de poder identificarlas como producciones mentales propias, por lo cual tienden a ser consideradas erróneamente como fenómenos externos claramente diferenciados de sus propios pensamientos.

Asimismo, de acuerdo a lo manifestado por D. en la entrevista realizada, las alucinaciones visuales experimentadas por MG al momento de ingresar al

dispositivo se encontraban en actividad moderada, ya que la paciente manifiesta que los rostros difusos con expresión amenazante, a los que ha hecho referencia anteriormente, aparecen con menor frecuencia y ya no le provocan tanto temor.

En este sentido, cabe destacar que probablemente esta pequeña merma en la productividad de la sintomatología positiva en MG observada por su referente a lo largo de las primeras semanas de su ingreso en la institución, mantenga relación directa con el hecho de que la paciente haya comenzado con el nuevo esquema farmacológico indicado por su psiquiatra tratante cuatro semanas antes de haber comenzado el tratamiento en hospital de día, lo que va en consonancia con lo señalado por Pérez Escudero et al. (2010) al referirse a los períodos del episodio psicótico, en donde durante la fase aguda el objetivo primordial del tratamiento farmacológico consiste en la eliminación de los síntomas más graves –delirios, alucinaciones y agitación psicótica-, lo que, en general, suele durar de cuatro a ocho semanas.

Por otra parte, luego de haber transitado cuatro meses de tratamiento en hospital de día, es posible deducir que la sintomatología positiva en MG se ha visto notablemente disminuida, lo que se evidencia, de acuerdo a la observación no participante llevada a cabo en los diferentes espacios de la institución, en el progresivo y cada vez más activo involucramiento de la paciente con las distintas actividades propuestas en el dispositivo. En este sentido, su participación en las asambleas –espacio semanal del que participan todos los pacientes, referentes y la coordinadora general del dispositivo, en el que se debaten cuestiones tanto inherentes al tratamiento como a temáticas personales – ha sido muy notoria, al punto de ofrecerse para ser la encargada de registrar en un libro de actas la agenda de temas a tratar en estas reuniones.

Asimismo, a través del mismo instrumento, ha sido posible observar también que es la paciente quien más propuestas realiza a la hora de organizar salidas institucionales durante la semana (por ejemplo, visita guiada al Teatro Colón acompañados por los referentes de la institución) y quien más aborda temáticas vinculadas a las relaciones sociales entre compañeros (por ejemplo, quiénes colaboran o no al momento de poner la mesa para desayunar

diariamente o quién le falta el respeto a un compañero por haber procedido de determinada manera, entre otros), cuestiones todas que podrían enmarcarse dentro de lo señalado al afirmar que parte del tratamiento dentro de un hospital de día se basa en que el sujeto pueda lograr con el tiempo un nivel de funcionalidad social adecuado como así también recuperar habilidades sociales y cognitivas.

Por otra parte, según la entrevista realizada a su psicólogo referente, se vuelve relevante mencionar que, si bien la paciente ha logrado espaciar tanto la frecuencia como la intensidad de productividad de sintomatología positiva a los cuatro meses de haber recibido tratamiento en el dispositivo, por momentos presenta cierta actitud suspicaz frente a determinadas situaciones o propuestas y, en consecuencia, prefiere observar la actividad desde afuera, recostándose en la zona de los sillones o simplemente escuchar música con sus auriculares. En este sentido, podría afirmarse que a los cuatro meses de tratamiento en hospital de día, sumado a la reconfiguración del plan de medicación y al aumento en la frecuencia de su psicoterapia individual, MG se encontraría atravesando una fase de estabilización de su enfermedad, que como especifican Pérez Escudero et. al (2010) a lo largo de ese período, los objetivos del tratamiento integral se encuentran exclusivamente direccionados a minimizar la sintomatología invalidante.

Por último, cabe mencionar que, de acuerdo a comentarios emergentes del espacio de supervisiones del que se participó, a los cuatro meses de tratamiento en el dispositivo, la paciente manifiesta en el espacio de terapia grupal que le gustaría retomar la carrera terciaria que había interrumpido por las sucesivas internaciones, lo que constituiría, en cierto modo, un buen indicio en lo que compete a la revinculación de MG con las actividades de la vida diaria que realizaba previamente a la última recaída. En este sentido, el hecho de que MG expresara la intención de retomar sus estudios mantiene relación con lo señalado por la APA (2002), según la cual el subtipo paranoide de esquizofrenia presenta una conservación relativa de la capacidad cognitiva.

Como consecuencia de esta expresión de deseo por parte de la paciente, su psicólogo referente le propone participar del mantenimiento semanal de la cartelera de noticias de interés general del dispositivo, para lo

cual la paciente tendrá que rastrear información de actualidad en internet, como así también seleccionar recortes de diarios y revistas para que, con la asistencia del terapeuta, renueve este canal de comunicación compartido por todos los integrantes del dispositivo.

De acuerdo a la entrevista realizada a T., Lic. en trabajo social y coordinadora del taller de inserción laboral, es posible señalar que la propuesta del psicólogo referente a la paciente para la colaboración en el armado de la cartelera, constituye toda una intervención en sí misma, ya que si bien la paciente no se encontraría en las condiciones óptimas para retomar su carrera terciaria, esta actividad mantiene una relación directa con la temática central de ésta: a saber, la comunicación, lo que de alguna manera colaboraría a la hora de que la paciente retomara un primer contacto con cuestiones de índole comunicacional, pero sin la exigencia que le demandaría un marco más académico. Asimismo, según los datos arrojados por la misma entrevista de referencia, MG a los cuatro meses de tratamiento no estaría recuperada para reinsertarse en la institución terciaria a la que asistía, pero sí en condiciones de comenzar a colaborar activamente en la confección de la cartelera, ya que de algún modo podrían vislumbrarse algunas señales de remisión sintomatológica.

En este sentido, esta cuestión ameritaría hacer una distinción entre los conceptos de remisión y recuperación que, tal como señalan Andersen et. al (2005), el primero se relaciona más con que el sujeto pudiera lograr morigerar el impacto negativo de la sintomatología en su vida cotidiana mientras que la recuperación implicaría que pudiera desenvolverse normalmente en la comunidad, tanto de modo relacional como laboral y sin apoyo o asistencia alguna.

5.2.4 Descripción de la evolución de la paciente en el marco del taller de inserción laboral en cuanto a los niveles de autonomía adquiridos en 4 meses.

A los fines de responder al presente objetivo fue necesario confeccionar la Guía de observación N° 1 (Anexo I) y la Guía de observación N° 2 (Anexo II) para organizar la información obtenida tanto de las observaciones no participantes (que incluyen talleres, supervisiones, reuniones de equipo y

conversaciones informales), como de las entrevistas a profesionales y la historia clínica de la paciente.

En principio, cabe señalar que el taller de inserción laboral forma parte del plan integral y multidisciplinario que ofrece el dispositivo de hospital de día en el que se realizó la práctica profesional y que se encuentra dirigido a todos aquellos pacientes que, tal como señalan Bergeron y Cantin (1997), se encuentren aptos y dispuestos a obtener una actividad laboral regular, tales como obtener un trabajo, retomar los estudios o llevar adelante un proyecto determinado que pueda llegar a representarles un trabajo.

En este sentido, de acuerdo a la entrevista realizada a T., Lic. en trabajo social y coordinadora del taller dentro del dispositivo, el plan de trabajo en este espacio consiste en una serie de ejercicios que apuntan a que los pacientes intenten reestablecer algún tipo de contacto con todas aquellas actividades que realizaban antes de la irrupción de la enfermedad, lo que según manifiesta implica un gran esfuerzo cognitivo y emocional por parte de los pacientes y mucha paciencia y predisposición de su parte para poder orientarlos y, a la vez, contenerlos. De esta manera, lo expresado por la tallerista en lo que respecta a que los profesionales que coordinan los espacios de inserción laboral, proponen una serie de actividades con las que alientan a los pacientes a conectar con las actividades de la vida diaria que se han visto deterioradas por el impacto negativo provocado por la patología de referencia.

Asimismo, de acuerdo a la observación no participante realizada, algunos de los ejercicios propuestos en el espacio consistían en que, por ejemplo, los pacientes pudieran lograr identificar y diferenciar competencias laborales de habilidades personales, mediante el completamiento de unas fichas y una puesta en común al finalizar la actividad del día; algunas de las competencias a identificar por los pacientes consistían en disciplina y compromiso, capacidad de aprendizaje, aceptar las propias limitaciones, capacidad de autocontrol, comunicación efectiva, buena presencia, responsabilidad, flexibilidad, adaptabilidad, planificación y organización, trabajo en equipo, motivación y constancia y perseverancia.

De este modo, la idea de que los pacientes pudieran hacer esta diferenciación entre competencias laborales y habilidades personales, respondía a que éstos detectaran cuáles eran sus fortalezas personales al momento de llevar adelante algún trabajo, hobby o estudio; según comentarios de María T. derivados de la entrevista, que los pacientes pudieran diferenciar entre competencias y habilidades respondía al hecho de que, con respecto a las primeras, pudieran tener en claro cuáles son los valores o virtudes que la sociedad actual considera como valiosos para desarrollar un trabajo o carrera y, a la vez, que supieran que las habilidades personales consistían en destrezas más individuales, más del orden de la propia subjetividad y así lograran identificar para qué actividades se consideraban mejores o más aptos a la hora de llevarlas adelante, lo que en cierta forma colaboraría para afianzar cuestiones relacionadas con la autoestima y la confianza en sí mismos. En este sentido, lo expresado anteriormente se relaciona con lo que expone Herlyn (2010) al referirse a que los nuevos enfoques en intervenciones para pacientes que padecen algún tipo de sufrimiento mental hacen foco menos en luchar contra los síntomas y más en intentar reorientar la vida en un sentido valioso para el sujeto.

Cabe mencionar el ejercicio en cuestión fue uno de los más complejos para desarrollar por los pacientes debido a la alta demanda a nivel cognitivo y emocional que les implicaba esta propuesta; en el caso particular de MG fue posible observar que durante la primer parte del ejercicio que consistía en identificar las competencias laborales que cada sujeto creía que poseía, la paciente no presentó dificultad alguna, marcando SÍ en todos los casilleros de las competencias anteriormente detalladas, pero a la hora de identificar las propias habilidades personales, bajó la cabeza, dejó el bolígrafo a un costado de la hoja y no quiso continuar con la actividad. Por tal, la coordinadora del taller al preguntarle si se sentía bien, la paciente manifestó que no, que estaba triste y que solamente se acordaba que le gustaba atender el teléfono en el consultorio de su padre a los 14 años, que “era buena para hablar con la gente, para relacionarme” y menciona también que “desde que me enfermé nada volvió a ser como antes”.

Cabe señalar que el primer brote de MG y la consecuente internación, tuvo lugar a los 15 años, meses después de que sus padres se divorcieran. En este sentido, lo expresado por la paciente mantiene correspondencia con lo que señalan Vallina y Lemos (2001) al referirse a que las intervenciones que se contemplan dentro del dispositivo hospital día se vuelven notablemente efectivas para que los pacientes puedan incrementar su capacidad de insight y, por sobre todas las cosas, su conciencia de enfermedad.

Por otra parte, de acuerdo al mismo instrumento utilizado anteriormente, en el taller también se abordaban temáticas vinculadas con la confección de un currículum vitae utilizando la información precedente respecto de competencias y habilidades, consejos de higiene e imagen personal, role playing simulando una entrevista laboral en la que los pacientes interpretaban tanto al sujeto que buscaba trabajo como al entrevistador y búsqueda de empleo asistida vía internet en los programas del gobierno de la ciudad para personas con discapacidad, entre otras.

En general, tal como señalan Bergeron y Cantin (1997) en los talleres de inserción laboral dentro de los hospitales de día, los pacientes son estimulados a hacer uso de los recursos y de los programas de empleo que ofrece la ciudad en la que viven que, en general, son propuestos por algún organismo del gobierno, una ONG o empresas con enfoques más inclusivos y, en este sentido, los coordinadores a cargo movilizan su accionar para que los participantes descubran, reconecten o mantengan interés por una vida social más activa, brindándoles una propuesta personalizada para que puedan articularla socialmente.

En el caso de MG, la profesional comenta en la entrevista que el proceso personal llevado a cabo por la misma ha sido muy fructífero, ya que, aunque de modo irregular y fluctuante, ha participado de la propuesta y, a pesar de las dificultades con las que se encontraba a la hora de llevar a cabo los ejercicios, en líneas generales, logró sostener el esfuerzo para concluirlos y arribar a alguna idea o concepto final en cada encuentro.

Cabe señalar, que de acuerdo a la observación realizada, la paciente se ha mostrado muy entusiasmada a la hora de confeccionar una grilla en la que

se incluía los siete días de la semana en uno de los ejes y la hora en el otro, y el ejercicio consistía en ir organizando una serie semanal de actividades cuyo fin estaría orientado a, según comentarios de la tallerista en el espacio de supervisión del que se ha participado como observador, que los pacientes logran respetar una rutina que, de alguna manera, funcionara como “límite o borde para estructurar tanto desborde”.

Asimismo, de acuerdo a la entrevista realizada al psicólogo referente, es posible señalar que, tanto el tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual que MG sostiene desde hace tres años de forma particular como el formato propuesto de hospital de día de la institución de referencia, colaborarían mancomunadamente a la hora de contener el “desborde” al que hacía mención; la coordinadora anteriormente. En este sentido, lo manifestado por el terapeuta mantiene relación directa con lo que expresan Monreal Guillorme y Yáez Igal (2012) al referirse a la terapia cognitiva conductual como intervención que, por medio de sus modalidades esquemáticas y estandarizadas, influiría positivamente en los pacientes esquizofrénicos a la hora de instituir cierto límite; y, a su vez, el dispositivo de hospital de día también funcionaría en esa dirección, tal como indica Maureso (2012) al mencionar que este tratamiento permite un cuidado y un seguimiento más estructurado del paciente al enmarcarse dentro de un cronograma de actividades semanales fijas, lo que establecería cierta rutina que, consecuentemente, implementaría un determinado orden.

Con respecto a la evolución de la paciente en el taller de inserción laboral en cuanto a las diferentes categorías que componen la guía de observación N° 1 (Anexo I), es posible afirmar que, de acuerdo a las observaciones realizadas, la evolución ha sido favorable progresivamente en todos los aspectos, pero sobre todo en lo que respecta al ingreso voluntario al taller, a la participación activa y a la interacción con los demás pacientes.

En este sentido, es posible afirmar que a los cuatro meses de tratamiento en hospital de día, estas tres categorías se han visto retroalimentadas entre sí, en el sentido de que, a medida que el nuevo plan de medicación indicado a la paciente, comenzó a hacer efecto y, por ende, la ideación delirante y las alucinaciones dejaron progresivamente de atosigarla,

MG comenzó a interactuar con sus compañeros y, consecuentemente, a ingresar voluntariamente y participar de modo más activo en las propuestas de los talleres y en el espacio de terapia grupal, lo que definitivamente terminó activando un circuito virtuoso que, en líneas generales, se sostuvo firmemente.

Por otro lado, de acuerdo a los parámetros planteados en la guía de observación N° 1 (ver Anexo I), las categorías que puntuaron más bajo a lo largo de la observación y específicamente a los cuatro meses de tratamiento fueron; a saber: comprende las consignas tal como fueron formuladas, logra identificar sus propias fortalezas y debilidades y logra diferenciar entre conocimientos y habilidades, lo que se ha evidenciado anteriormente con respecto a cierta angustia manifestada por la paciente al momento de retrotraerse al tiempo previo a la irrupción de la enfermedad para que identificara sus habilidades personales, tal como se ilustró previamente en este mismo apartado.

Luego, de acuerdo a la información obtenida siguiendo los parámetros que componen la guía de observación N° 2 (ver Anexo II) la paciente, al momento de ingresar al dispositivo presentaba un franco deterioro global en lo que respecta a su higiene personal, vestimenta, despertarse y toma de medicación, lo que según Álvarez (2013) se traduce en una pérdida progresiva de la autonomía, entendida ésta como la necesidad de asistencia por parte de un otro para desarrollar las actividades de la vida cotidiana.

Cabe destacar que la evolución de MG con respecto a los niveles de autonomía alcanzados ha sido muy notoria a lo largo de los cuatro meses de tratamiento en hospital de día; con respecto a la necesidad de asistencia de otro, ésta se ha visto disminuida sobremanera, al punto que el psiquiatra tratante, tal como consta en la historia clínica, ha sugerido la disminución de horas de acompañamiento terapéutico. Si bien a los cuatro meses de tratamiento en hospital de día, ha sido posible identificar importantes avances en lo que respecta a las categorías de la guía de observación N° 2: higiene personal, vestimenta, manejo del dinero y utilización del transporte público, no se han registrado evoluciones significativas en las categorías despertarse y toma de la medicación.

Tal como se especificó en la presentación del caso, MG al ingresar a la institución presentaba un deterioro global en lo que respecta a la imagen, aseo, higiene y vestimenta que, como producto del efecto de la medicación, la psicoterapia y el ingreso al dispositivo ha logrado, de modo significativo, revertir. En este sentido, lo descrito anteriormente mantiene correspondencia con lo expuesto por Romero (2007) al referirse a la presencia de un marcado déficit en las actividades de la vida diaria como factor común en pacientes esquizofrénicos que no han recibido tratamiento, incluyendo conductas de higiene personal, vestimenta, descanso y autocuidado.

De acuerdo, a los comentarios de la tallerista expresados en una de las supervisiones observadas, la paciente comenzó progresivamente a mejorar su imagen y, específicamente, a seguir a rajatabla las propuestas que la enfermera del dispositivo sugería a modo de tips de higiene y aseo personal, dentro del marco del taller de inserción laboral. Asimismo, T. comenta que en reiteradas oportunidades, la paciente ha solicitado volver a comunicarse con la enfermera referida para evacuar ciertas dudas o indagar sobre algunas cuestiones “más íntimas” o “cosas de mujeres”, según las propias palabras de MG a la coordinadora del taller.

Por otro lado, en lo que respecta a las categorías manejo del dinero y utilización del transporte, a los cuatro meses de tratamiento en hospital de día fue posible observar que la paciente había logrado un alto nivel de autonomía en esos planos. Vale hacer mención que, de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, durante las primeras semanas de haber comenzado con el nuevo plan de medicación, la paciente debía realizarse controles de sangre periódicos para controlar el nivel de glóbulos blancos, que podrían llegar a incrementarse por la clozapina, un antipsicótico de muy alta potencia que su médico psiquiatra tratante indicó posteriormente a la última recaída de MG y, para los cuales, necesitaba que su acompañante la condujera hacia el laboratorio y se encargara de pagar los boletos del transporte público utilizado oportunamente.

De acuerdo a conversaciones mantenidas con la tallerista, a los cuatro meses de tratamiento es posible señalar que MG concurre mensualmente a la clínica donde se realiza los controles de sangre y lo hace utilizando colectivos y

subterráneos, manifestando no tener problemas al momento de utilizar dinero para pagar los viajes, como así tampoco para comprar algo en un kiosko o “sentarme en un bar y pedirme un café cuando estoy cansada”, según sus propias palabras a María T.

Como contrapartida, de acuerdo a las observaciones realizadas y a la entrevista a la tallerista, las categorías despertarse y toma de medicación continúan marcando altos resultados a nivel de necesidad de asistencia de otro para llevarlos a cabo, ya que su acompañante terapéutica es la encargada de despertarla todas las mañanas para ir juntas al hospital de día y suministrarle la medicación o recordárselo e insistirle para que lo haga. En este sentido, la cuestión de la reticencia al tratamiento farmacológico tal como ha sido indicado por el profesional, se relaciona con lo que el National Institute for Health and Care Excellence (2009) señala con respecto a que el 70% de los pacientes no genera adherencia a la medicación y que suele ser un factor decisivo a la hora de que los pacientes puedan experimentar desestabilizaciones sintomáticas.

También es importante destacar que, de acuerdo a la entrevista realizada a la coordinadora del taller de inserción laboral, a lo largo de los cuatro meses en los que se ha observado a MG en el espacio, la paciente ha manifestado la intención de retomar sus estudios terciarios, pero por indicación del equipo externo en conjunto con el equipo del hospital de día, se le sugirió que, debido al poco tiempo que había transcurrido de su última internación, quizás fuera recomendable que continuara ocupándose activamente de mantener actualizada la cartelera del dispositivo, a la que se ha hecho mención en el apartado anterior y que, progresivamente, comenzara a revisar algunos de los apuntes de las materias que le restaban rendir para que el año entrante, de acuerdo a la marcha de su tratamiento, comenzara nuevamente a cursar en el instituto terciario en el que se dicta la carrera.

Por último, de acuerdo a la historia clínica, MG también manifiesta a su psicólogo referente que le gustaría volver a atender el teléfono en el consultorio médico de su padre, una o dos veces por semana por la tarde, para ayudar a su secretaria, tal como lo hacía a los 14 años, pero luego de que el psicólogo referente y la coordinadora del taller consideraran la situación y la consultaran también con el equipo externo, arribaron a la conclusión de que sería un poco

prematureo para la paciente llevar a cabo tal actividad. Cabe destacar también, que su padre manifestó que “eso sería una locura”, según sus propias palabras, y que su negativa, demás está decir, fue lo suficientemente contundente para terminar de echar por tierra la expresión de deseo de MG.

6. Conclusiones

En el trabajo de referencia, se describió la sintomatología y el tratamiento de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, al momento de ingresar al hospital de día en el que oportunamente se efectuó la práctica profesional. Asimismo, se llevó a cabo una comparación de la sintomatología positiva observable al comienzo del tratamiento en el dispositivo y a los cuatro meses de haberlo iniciado, como así también se registró la evolución de la paciente en relación al nivel de autonomía alcanzado a los cuatro meses de haber asistido a un taller de inserción laboral, que forma parte del cronograma de actividades del hospital de día de referencia.

De acuerdo a la evaluación de la sintomatología al inicio del tratamiento en el dispositivo y a los registros obtenidos de la historia clínica de la paciente, las entrevistas realizadas a los profesionales, las supervisiones y reuniones de equipo a las que se asistió regularmente, pudo observarse que el caso de esquizofrenia paranoide de MG se caracteriza por la marcada predominancia de síntomas positivos; a saber: ideación delirante de contenido persecutorio, autorreferencial y religioso, por un lado, y alucinaciones auditivas y visuales fundamentalmente, por el otro, con ausencia de síntomas de desorganización. Asimismo, fue posible observar sintomatología de corte negativa, especialmente cierto aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia y retraimiento social, características todas que condujeron a encuadrar el caso dentro del subtipo paranoide contemplado por el DSM IV- TR (APA, 2002).

Con respecto al tratamiento en hospital de día junto al tratamiento farmacológico, psicológico y acompañamiento terapéutico comandado por el equipo externo de la paciente y que sostiene en forma paralela desde hace dos años, parecería ser bastante esperanzador, debido a la notable evolución observada en la paciente en lo que respecta a cierto control de la sintomatología más invalidante a sólo cuatro meses de haber ingresado a la institución, cuestión que, por cierto, el equipo de profesionales del dispositivo confirman por medio del seguimiento clínico de MG.

Si bien, en un primer momento, la paciente presentaba severos problemas a la hora de participar de las diversas actividades propuestas por el plan integral del dispositivo, como así también para interactuar con sus compañeros, a medida que fueron transcurriendo las primeras semanas de

tratamiento, MG pudo integrarse progresivamente a la dinámica del dispositivo, generando algunos nuevos lazos sociales y participando de determinados talleres en particular. Esta dificultad inicial observada en el funcionamiento psicosocial de la paciente, quizás obedezca a razones vinculadas con el tiempo en que la medicación comienza a hacer efecto, ya que al momento de haber ingresado al hospital de día, la paciente se encontraba atravesando sólo la tercer semana del tratamiento farmacológico prescripto por su médico tratante, con lo cual, la sintomatología aún se encontraría en fase aguda y la estabilización suele recién producirse entre las cuatro y ocho semanas de administración del fármaco (Pérez Escudero et. al, 2010).

Si bien MG es una paciente con un historial de sucesivas internaciones y recaídas bastante frondoso, el hecho de que haya podido sostener el tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual con una frecuencia de dos veces a la semana, adherencia a la medicación durante al menos este período y la asistencia a hospital de día cuatro veces a la semana, se vuelven indicadores que aportan una cuota de optimismo interesante al tratamiento, con respecto a los importantes avances que la paciente pudiera llegar a alcanzar con el paso del tiempo. A la vez, el tratamiento relativamente bien articulado entre los diversos actores que participan del mismo, claramente ha influido de modo positivo a la hora de que MG pueda mejorar su calidad de vida y experimentar cierta sensación de bienestar, expresado en reiteradas ocasiones por ella misma; asimismo, si bien esas variables no se constituyeron como puntos a observar en el presente trabajo, se vuelve propicio tener en cuenta los efectos particulares que la inclusión social, el trabajo direccionado a fortalecer la autoestima, la identidad y el sentido de pertenencia pueden haber tenido en el tratamiento recibido por MG.

Por otra parte, es notable que en sólo cuatro meses de tratamiento integral, la paciente haya podido tanto establecer relaciones sociales positivas con los otros usuarios del dispositivo y, de modo consecuente, comenzar a participar de los diferentes espacios, apropiarse de ellos y maximizar los beneficios del tratamiento, como incrementar sus niveles de autonomía a la hora de llevar adelante las actividades diarias que se contemplaron en el punto de referencia. Asimismo, la participación activa de MG en el taller de inserción laboral y sus esfuerzos por llevar adelante las consignas, asumiendo los

riesgos y el esfuerzo que algunas de éstas conllevaban, ha resultado sumamente conmovedor y gratificante para el observador.

Algunas de las limitaciones con las que se han contado a la hora de elaborar el presente trabajo final de integración se encuentran relacionadas con la carencia de información vinculada al primer episodio psicótico de MG a los 15 años y a sus cuatro internaciones previas, lo que de algún modo hubiera permitido muñirse de elementos para acceder a una visión más completa del cuadro psicopatológico. Por otra parte, si bien los profesionales del dispositivo de la institución en la que se realizó la práctica han mostrado en todo momento una actitud de generosidad y muy buena predisposición para los concurrentes, el hecho de que no se haya podido acceder a ninguno de los encuentros de terapia grupal por una cuestión de confidencialidad, como la imposibilidad de haber mantenido algún tipo de contacto con la psicoterapeuta particular de MG han llevado a no poseer información suficiente sobre el proceso personal psicoterapéutico de la paciente. También vale mencionar que el hecho de haber tenido que ajustarse a los límites formales que exige el presente trabajo, ha implicado desechar todo tipo de material teórico que no cuadrara de modo directo para responder a los objetivos propuestos y que tampoco se relacionara exclusivamente con las características propias del caso elegido.

Cabe resaltar también, que la práctica profesional desarrollada en el centro de salud mental elegido oportunamente, ha constituido una experiencia inolvidable, tanto como primer acercamiento a la clínica psicológica de patologías tan severas y como una vivencia muy movilizadora en lo que concierne a la esfera personal. Asimismo, es menester señalar que la posibilidad ofrecida por la universidad de permitir que los alumnos accedan a una experiencia de tales características para que, de esta manera, puedan contrastar empíricamente lo que durante años han incorporado a modo de conocimientos teóricos, adquiere un valor muy importante.

También, es imposible no destacar el profesionalismo y la entrega con la que los profesionales del dispositivo abordan la labor, transmitiendo también su entusiasmo a los pasantes y ofreciendo una mirada vanguardista en tratamientos de salud mental, en donde la no estigmatización de los pacientes con sufrimientos mentales y la consecuente promoción de su reinserción social y laboral, constituyen la visión y misión vertebral de la institución.

Por otra parte, con la intención de que el tratamiento de MG haga foco en el intento de poder acceder a una mejor calidad de vida, a un bienestar personal y a un funcionamiento social de cada vez mejor calidad que, de alguna manera son las metas propuestas por las nuevas líneas de investigación en la temática, sería deseable que dentro del taller de inserción laboral al que asiste en el marco del tratamiento en hospital de día pudiera, con el tiempo, acceder a algún programa de empleo con apoyo. En este sentido, tal como señala Egido Galvez (2009), podría definirse como la modalidad de empleo de personas afectadas por algún tipo de discapacidad, cuyo fin consiste en que éstos puedan acceder y mantenerse en cualquier tipo de empresa incluida dentro del mercado de trabajo, con los apoyos profesionales que cada caso requiera.

Por último, quizás hubiese sido importante que tanto los padres de la paciente como su hermano o algún familiar cercano, participaran de los espacios de psicoeducación y de la terapia multifamiliar que ofrece la institución, ya que la primera se encarga de suministrar información específica sobre la enfermedad tanto al paciente como a su familia y se los ejercita en técnicas para hacer frente a las problemáticas que acarrea el trastorno (Jiménez et. al, 2004) y las terapias multifamiliares ofrecen un espacio a los familiares de los pacientes que han tenido en común la irrupción abrupta de la enfermedad de sus seres queridos y la consecuente e inevitable reconfiguración de sus propias vidas personales.

7. Referencias bibliográficas

- Alcamí Pertejo, M. (1992). Eficacia del Hospital de día psiquiátrico. Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Álvarez, A. (2007). La psicoterapia dinámica de la esquizofrenia. *Revista Psimonart*. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. 11-24
- Álvarez, J. (2013). *Estudios sobre la psicosis (3ª Ed.)* Barcelona: Xoroi Ediciones.
- Andreasen, N & Carpenter, W (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 199-210. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/19/2/199.full.pdf>
- Andreasen, N., Carpenter W., Kane, J., Lasser, R. ...Weinberger, D. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry* 162 (3), 438-449.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *DSM IV TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (4ª Ed. Rev)*. Barcelona: Masson S.A.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (5ª Ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Lumen-Hormé. Trabajo original publicado en 1911.
- Ban T. & Ucha Udabe R. (1995). *Clasificación de las psicosis*. Buenos Aires: Editorial Salerno.
- Belloso, J. (2012). Intervención terapéutica en el trastorno mental grave. *Perspectivas Teóricas*. Clínica Contemporánea, 3 (1), 3-23.
- Bergeron D. y Cantin. L. (1997). *Tratar la psicosis (1ª Ed.)* Buenos Aires: Polemos Editorial.

- Bertrán, G. (2004). *Modalidades de Hospital de Día*. Buenos Aires: Editorial Minerva.
- Egido Gálvez, I. (2009) La inclusión social y laboral de las personas con discapacidad intelectual mediante los programas de empleo con apoyo. Un reto para la orientación. *REOP*. Vol 20, (2), 135-146
- Fabres, G. (2011). *Arteterapia y esquizofrenia*. Monografía postítulo de especialización en terapias de arte con mención en arteterapia. Universidad de Chile. 1-52.
- Foussias, G. & Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (2).
- Fullana, N. & Pallisera Díaz, M. (2003). La investigación sobre los procesos de integración laboral de personas con discapacidad en entornos ordinarios. Un estudio de casos cualitativo. *Revista de Investigación Educativa*, Vol.21, (2), 305-321.
- Gold C., Heldad T., Dahle T. & Wigram T. (2008). Music Therapy for schizophrenia or schizophrenia like illnesses (review) *Cochrane Database os Systematic Reviews*, 2, 1-20.
- Gutiérrez Suela, F. (1998). Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia. *Farm. Hosp*, 22 (4), 207-212
- Herlyn, S. (2010). Tratamiento de la esquizofrenia. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/tratamiento_farmaco_esquizofrenia.pdf
- Jiménez, M.P., Ramos, F. & Sanchis, M.C. (2008). Las esquizofrenias: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandin & F. Ramos Eds., *Manual de Psicopatología II* (pp. 474-500). Madrid: Mc. Graw- Hill
- Jiménez, J., Maestro, J. & Moreno B. (2004). Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 4 (2), 159-174.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1996). *Sinopsis de la psiquiatría*. (8ª ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kraepelin, E. (1996). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Editorial Polemos. Trabajo original publicado en 1919.
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospitals. *British Medical Journal* 327: 116-117.

- Maureso, P. (2012). Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada de los hospitales de día y otros dispositivos intermedios. *Vertex* 23 (102), 137-149.
- Monreal Guillorme C. & Yániz Igal B. (2012). El tratamiento psicológico de las psicosis atípicas. En L.J. Fernández, Berrios G. & Yániz Igal B. (Eds.) *Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento*. (pp. 303- 374) Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Moriana, J., Alarcón E. & Herruzo, J. (2006). Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y modificación de conducta*. 32 (46), 719-742.
- Moscowitz, A. & Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's demenitia praecox or the group of schizofrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 471-480
- Mueser, K.T. & Jeste, D.V. (2008). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: The Guildford Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (2009). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20704054>
- Peralta Martin, V. & Cuesta Zorita, M.J. (2009) Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En T. Palomo & M. A Jiménez Arriero (Eds.) *Manual de Psiquiatría* (pp. 267-283). Madrid: ENE Publicidad.
- Peralta Martin, V. & Cuesta Zorita, M.J. (2003). The diagnosis of schizophrenia: old wine in new bottles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 141-151. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030202>.
- Pérez Escudero, A., Gil Molina, S., Camacho, L. & García Cabeza, I. (2010). Psicofarmacología de la Psicosis: elección del fármaco, adherencia al tratamiento y nuevos horizontes. *Clínica y Salud*, 21 (3), 271-283.
- Proyecto Suma (2016). Recuperado de <http://www.proyectosuma.org/2014/area-clinica/hospital-de-dia/>
- Regier, D., Kuhl, E. & Kupfer, D. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12, 92-98.

- Romero, D. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de la Psicología*, 23, 264-271.
- Sadock, B.J. y Alcott Sadock, M.D., (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Baltimore: Lippincott.
- Sánz B. y Del Río M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de Psiquiatría*, 73 (2), 2-18.
- Tandon, R. (2013). Definition and description of schizophrenia in DSM-5. *Schizophrenia Research*. Recuperado de <http://ccpweb.wustl.edu/pdfs/2013>
- Thornicroft, G., Szukler, G. & Mueser, K.T. (2011). *Oxford textbook of community mental health*. New York: Oxford University Press.
- Vallina O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3), 345-364.

8. Anexo I

-Guía de observación.

MG – 26 años	Taller de inserción laboral	
	Sí	No
Ingresa voluntariamente al taller		
Participa activamente		
Participa de toda la actividad		
Comprende las consignas tal como fueron formuladas		
Interactúa con los demás pacientes		
Logra identificar sus propias fortalezas y debilidades		
Logra diferenciar entre conocimientos y habilidades		

9. Anexo II

-Niveles de autonomía alcanzados y necesidad de asistencia de la paciente.

MG	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
Despertarse					
Higiene personal					
Vestimenta					
Toma de medicación					
Manejo del dinero					
Utilización del transporte público					