

Universidad de Palermo

TFI

Titulo: "Las grandes incertidumbres frente al padecimiento de la esquizofrenia"

Tutor: Eduardo Leiderman

Autor: Patricia Daniela Naidés

## Índice

1. Introducción.....	4
1.1. Presentación.....	4
1.2. Objetivo General.....	5
1.3. Objetivos Específicos.....	5
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Antecedentes.....	6
2.2. Definición.....	6
2.3. Síntomas característicos.....	7
2.4. Subtipos de Esquizofrenia.....	7
2.5. Esquizofrenia Paranoide.....	7
2.6. Causas de la Esquizofrenia.....	8
2.6.1. Factores Ambientales.....	8
2.6.2. Factores Genéticos.....	10
2.7. Abordajes Terapéuticos.....	11
2.7.1. Farmacoterapia.....	12
2.7.2. Terapia individual.....	12
2.7.3. Terapia grupal.....	13
2.7.4. Terapia familiar.....	13
2.8. Habilidades Psicosociales.....	14
2.9 Hospital de Día y Otras Alternativas.....	16
2.10. Estigma y discriminación.....	20
2.11. Esquizofrenia en Argentina.....	21
3. Metodología.....	22
3.1. Tipo de Estudio.....	22
3.2. Participantes.....	22

3.3. Instrumentos.....	22
3.4. Procedimientos.....	22
4. Desarrollo.....	23
4.1. Presentación del Caso.....	23
4.2. Descripción de la sintomatología que padeció el paciente al inicio del tratamiento.....	26
4.3. Descripción del tratamiento integral que recibe el paciente en el hospital de día elegido.....	28
4.4. Descripción de la evolución sintomatológica que tuvo el paciente durante dos meses en El tratamiento ambulatorio Hospital de Día.....	33
5. Conclusiones.....	39
6. Referencias.....	44

## 1. Introducción

### 1.1.

#### Presentación

La práctica profesional fue realizada en una organización sin fines de lucro con orientación en psicología comunitaria. El objetivo principal de la misma es ofrecer tratamiento integral social, laboral y/o familiar a las personas que padecen sufrimiento mental. Su propósito es accionar la promoción y restablecimiento de la salud a través de lazos comunitarios, utilizando saberes y prácticas. La institución apunta a superar las instancias del tratamiento convencional integrándolas con un abordaje comunitario y de redes.

Los pacientes que asisten al Hospital de Día padecen distintas clases de patologías y trastornos entre ellos: Trastornos Psicóticos, Trastornos Afectivos, Trastornos de Personalidad y Trastornos de Angustia graves.

Específicamente cuando se trata pacientes que padecen esquizofrenia en el Hospital de Día, el programa apunta no solo a la remisión sintomática como parte del tratamiento, si no, a la recuperación de los mayores niveles posibles de funcionamiento y calidad de vida, a través de los programas de rehabilitación, considerándolo como un objetivo central del tratamiento.

Mi participación en la institución era de 20 horas semanales, específicamente en el turno mañana. El día comenzaba a las 9:00 hs con el desayuno junto a los pacientes y a los profesionales a cargo; en el mismo se hablaba sobre cuestiones cotidianas, actualidad y temas culturales. Luego se asistía a los distintos talleres, menos a la terapia de grupos. Durante los talleres el objetivo era observar a los pacientes, como se desempeñaban en los mismos y a veces se participaba de algunas de sus actividades. Los talleres eran los siguientes:

Musicoterapia, Teatro, Terapia Ocupacional (TEO) y Terapia de Grupo.

El siguiente trabajo tiene como objetivo describir el proceso terapéutico de un paciente, el cual padece Esquizofrenia, a través de la observación de las distintas actividades que realiza en Hospital de Día.

1.2.

#### Objetivo General

- Describir el proceso terapéutico de un paciente de 22 años, que padece esquizofrenia paranoide desde los 16 años, y la evolución que tuvo durante dos meses de asistencia a Hospital de Día.

1.3.

#### Objetivos Específicos

Describir la sintomatología que padece el paciente cuando llegó a la institución.

Describir el tratamiento integral que recibe el paciente en la institución elegida.

Describir la evolución sintomatológica que tuvo el paciente en el tratamiento ambulatorio Hospital de Día.

## 2. Marco Teórico

### 2.1. Antecedentes

Para definir el término esquizofrenia debemos remitirnos a sus antecedentes, según Fernández de Soto y Osorio Álvaro (2006) el término Esquizofrenia fue acuñado por Eugene Bleuler, en 1911, que la definió como mente separada, haciendo referencia a las funciones psíquicas que incluyen: coordinación del pensamiento, afectos y comportamiento. Kraepelin, a diferencia de Bleuler, hablaba sobre un deterioro en el curso de esta patología (demencia precoz). Esto se relaciona con los hallazgos de los estudios que mencionan las diferencias genéticas de predisposición y susceptibilidad en cada uno de los pacientes afectados, lo que se suma a la exposición de agentes ambientales de distinta índole que afectan al paciente.

### 2.2. Definición

Teniendo en cuenta la gran historia que acarrea la patología: Esquizofrenia, aún hoy existen muchas dudas acerca de la misma. Para los autores, Bobes García et al. (2007) la Esquizofrenia es un trastorno mental grave, complejo y heterogéneo; que se asocia a un deterioro importante y afecta tanto la calidad de vida, como lo somático y lo funcional.

La Esquizofrenia no se distribuye de manera equitativa en ninguna parte del mundo. Se puede decir que históricamente, la prevalencia en el Nordeste y Oeste de Estados Unidos era mayor que en otras áreas, pero esta distribución desigual se ha ido nivelando. Es importante destacar que algunas áreas geográficas en el mundo poseen una prevalencia de este trastorno inusualmente elevada y los investigadores han interpretado estas bolsas geográficas como debidas a causas infecciosas de la Esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 1998).

La prevalencia de la Esquizofrenia es igual tanto en los hombres como en las mujeres, pero existe una diferencia en la edad de inicio y en el curso de la enfermedad (Kaplan & Sadock, 1998).

### 2.3. Síntomas Característicos

Existen certezas sobre la Esquizofrenia en cuanto a sus características, las cuales se destacan por manifestar tres grandes grupos de síntomas: los síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (apatía, anhedonia, aplanamiento afectivo) y síntomas cognitivos (trastornos de la memoria o de abstracción, déficit en la fluidez verbal).

El deterioro cognitivo, en los últimos años, se ha propuesto como el fenotipo más válido en la investigación acerca de la Esquizofrenia. Esto se puede justificar a través de diferentes razones: a) tiene claras implicaciones pronósticas; b) hay una intensa búsqueda de fármacos para mejorar este deterioro; c) se han sugerido asociaciones con alteraciones de neuroimagen, y d) se han sugerido relaciones con variaciones en polimorfismos genéticos específicos (Sanjuán Arias, 2007).

### 2.4. Subtipos de Esquizofrenias

En el DSM-IV (1995), (American Psychiatric Association, 1994), se menciona una clasificación de subtipos de Esquizofrenias: como paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual. Los subtipos no están correlacionados estrechamente, es decir, presentan diferencias en cuanto al pronóstico (Como se citó en Kaplan & Sadock, 1998).

### 2.5. Esquizofrenia Paranoide

La esquizofrenia tipo paranoide, según el DSM-IV (1995), se caracteriza por sufrir preocupación con una ó más ideas delirantes ó alucinaciones auditivas frecuentes, pero los comportamientos específicos sugerentes de los tipos desorganizado y catatónico están ausentes. El tipo paranoide se caracteriza por la presencia de ideas delirantes de persecución o de grandeza. Por lo general, este tipo de Esquizofrenia suele padecer el primer episodio psicótico a edades mayores que los pacientes con Esquizofrenia catatónica o desorganizada, y los recursos del yo de los pacientes paranoides también tienden a ser mayores. Los pacientes que padecen Esquizofrenia tipo paranoide presentan una menor regresión de sus facultades mentales, respuestas emocionales, y conductas, que las que se observan en otros tipos de Esquizofrenias. Estos pacientes son típicamente tensos, desconfiados, cautelosos, reservados y a veces hostiles o agresivos pero, pueden comportarse adecuadamente en situaciones sociales. Su inteligencia en áreas no invadidas por la psicosis tiende a permanecer intacta (Como se citó en Kaplan & Sadock, 1998).

En un estudio que fue realizado en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini (2001), en el que fueron seleccionados aleatoriamente 122 pacientes que padecían Esquizofrenia, los cuales presentaban ideas delirantes de tipo mixta, seguida en orden de frecuencia por las de tipo persecutorias y de grandezas. Se observó que éstas ideas delirantes se presentaban con mayor frecuencia en pacientes con subtipo de Esquizofrenia paranoide, es la más común por ser la persecutorias pueden llevar al paciente a comportamientos suicidas y la unión de estas a las de grandeza, sumado a reacciones de ira pueden llevar al sujeto a un comportamiento violento, no usual entre estos pacientes. En los datos arrojados en la investigación se confirma la relación que se manifiesta entre la Esquizofrenia paranoide, los delirios persecutorios y de grandeza, coincidiendo éstos con las referencias bibliográficas que fueron consultadas basadas en estudios científicos previos (Figueres; De Oleo Fulcar; Méndez; O. Núñez & Sánchez Martínez, 2002).

## 2.6. Causas de la Esquizofrenia

Se ha intentado buscar a lo largo de la historia la/s causa/s de la Esquizofrenia pero aún no se ha encontrado ninguna certeza acerca de la etiología de esta enfermedad psiquiátrica. Sin embargo existen muchas investigaciones acerca de los factores etiológicos; los cuales se describirán a continuación:

### 2.6.1. Factores Ambientales: Médicas y de Herencia

Sanjuán Arias (2007) relata que en un primer momento la Esquizofrenia fue tomada como una enfermedad del cerebro, ya que en su explicación etiopatogénica global se creía que eran producidas por causas psicológicas. Con la aparición de la teoría del psicoanálisis se adjudicó el origen de la psicosis a las alteraciones en la comunicación familiar. Estas fueron las teorías que explicaban el origen de la Esquizofrenia hasta 1950. En las décadas de 1960 y 1970, se produjo el movimiento denominado antipsiquiátrico, el cual llegó a negar a la enfermedad atribuyéndola a factores sociales, una versión que hoy en día se encuentra desacreditada. Según Routledge (2004) el papel actual de los factores sociales esta basado en dos grupos de datos: las posibles variaciones en la incidencia y las recaídas asociadas a los acontecimientos vitales y a la alta expresividad emocional en las familias (Como se citó en Sanjuán Arias, 2007). Debido a factores intrínsecos de vulnerabilidad biológica, los pacientes con Esquizofrenia pueden tener menor capacidad de elaborar estrategias para controlar el estrés. Pero si se considera positiva la influencia del ambiente familiar en el curso de la Esquizofrenia y no tanto en el origen (Sanjuán Arias, 2007). Las estadísticas muestran que las mujeres tienen una edad de comienzo más tardía que los hombres. Sin embargo, es importante destacar que todos los estudios realizados e investigaciones son insuficientes para explicar por sí mismos el origen del trastorno.

Muchos de los factores de riesgo ambientales se producen durante el embarazo (virus herpes simple tipo 2, gripe, rubéola, toxoplasmosis, niveles de vitamina D, y las hambrunas) o en el parto: incompatibilidad de Rh, extracción con asistencia de aspiradora, hipoxia, pre- eclampsia, la muerte de un familiar cercano durante el primer trimestre del embarazo (probablemente reflejando un efecto del estrés grave), y la deficiencia materna de hierro.

Nacer en un ambiente urbano es un factor de riesgo, así como el nacimiento en invierno, posiblemente vinculado a exposiciones infecciosas. Otras susceptibilidades a tener en cuenta son de carácter inmunológico como las enfermedades auto-inmunes (artritis reumatoide, síndrome de Guillain-Barré, hepatitis autoinmune, tirotoxicosis y la enfermedad de Crohn) en donde la historia familiar de enfermedad auto-inmune también significa un riesgo. Otros antecedentes incluyen el traumatismo craneano, la epilepsia y las convulsiones febriles en niños y las deformaciones serias. La historia familiar de Esquizofrenia es el factor de riesgo individual más grande (hermano con esquizofrenia, padre, madre, o los dos con esquizofrenia). Los padres con edades elevadas confieren un riesgo para la Esquizofrenia y se debe notar que la edad paterna avanzada se asocia con defectos del desarrollo en general. Hay que tener en cuenta que la influencia de la edad paterna elevada es relativamente pequeña comparado con la de la historia familiar de esquizofrenia del paciente, la tendencia secular de retardo de la paternidad de la población occidental, predice que este factor de riesgo aumentará su efecto atribuido, porque depende directamente de la frecuencia de exposición en la población (Gejman & Sanders, 2012).

Los factores que Sanjuán Arias (2007) señala como los que afectan el desarrollo tanto prenatal como perinatal son inespecíficos, pero los mismos provocarían una alteración en el normal desarrollo cerebral aumentando el riesgo de psicosis, como la diabetes en el embarazo, el desplazamiento de la placenta, el peso de nacimiento menor de 2kg, rotura prematura de membranas en el parto, infección por el virus de la gripe, edad de gestación mayor a 37 semanas, atonía del útero, malnutrición y hemorragia en el parto.

Según Horrobin (1977) la alteración central de la Esquizofrenia residiría en el metabolismo de los fosfolípidos, y más concretamente en la dificultad de la liberación de prostaglandina. Algunos estudios han defendido que una dieta rica en ácidos grasos esenciales (omega-3) podría tener un efecto beneficioso como tratamiento coadyuvante en estos pacientes. Sin embargo tanto el beneficio de los ácidos grasos omega-3, como los datos a favor de una alteración esencial en el metabolismo lipídico de estos pacientes son, poco consistentes (Como se citó en Sanjuán Arias, 2007).

Se plantean tres diferentes hipótesis con relación a la Esquizofrenia y al consumo de sustancias (anfetaminas y cannabis): a) son las causantes de la enfermedad; b) pueden precipitar o exacerbar los síntomas de la esquizofrenia; c) pueden exacerbar los síntomas de la psicosis. Sin embargo estos datos merecen ser aún más estudiados. Los datos epidemiológicos más ciertos replicados son: el comienzo en la edad juvenil, la prevalencia universal, la edad de comienzo más tardía en las mujeres y el peor pronóstico en los países desarrollados (Sanjuán Arias, 2007).

## 2.6.2. Factores Genéticos

Según Sanjuan Arias (2007), entre los años 1960 y 1970 se provocó un giro en el debate sobre cuál era el factor más importante en la etiología de la Esquizofrenia: si era el ambiental ó el genético. Las investigaciones demostraron dos cosas: a) que el riesgo en niños de madres biológicas con Esquizofrenia aumentaba claramente aunque estuvieran criados en familias sin patología psiquiátrica; b) que el factor genético era importante, pero por si sólo insuficiente. La concordancia entre gemelos monocigotas es del 50%, y no del 100%.

Podríamos afirmar que la causa genética es la más relevante teniendo en cuenta la inespecificidad de los factores de riesgo ambientales. En las enfermedades complejas se presentan índices de heredabilidad más elevados. Si se consideran en conjunto los hallazgos genéticos que disponemos en la actualidad podemos afirmar que: a) sigue sin encontrarse un gen que sea –responsable- de la vulnerabilidad a la Esquizofrenia; b) empiezan a encontrarse algunos hallazgos replicados pero en diferentes haplotipos, lo que sugiere una clara heterogeneidad genética; c) los conocimientos sobre la función de los posibles genes implicados y como afectan los diferentes polimorfismos a su funcionalidad, son todavía muy limitados, y d) mientras no exista una explicación fisiopatológica clara, será muy difícil dar sentido global a los hallazgos genéticos (Sanjuán Arias, 2007).

La gran heterogeneidad etiológica muestra que la Esquizofrenia es una enfermedad con muchos y variados mecanismos patofisiológicos primarios que afectan últimamente la función cerebral. Los mecanismos biológicos que se desarrollan en la esquizofrenia han sido difíciles de definir teniendo en cuenta la escasez y ausencia de lesiones anatómicas focales o la falta de hipótesis correctamente definidas. Las estrategias del estudio de genoma completo no presuponen el conocimiento patofisiológico de la enfermedad, es decir, los defectos genéticos son descubiertos a través del mapeo genético simple. Es por eso que las estrategias de mapeo genético comprensivas, son muy importantes en la investigación biológica de las enfermedades psiquiátricas (Gejman & Sanders, 2012).

## 2.7. Abordajes Terapéuticos

Según Fenton (2000); Martindale, Bateman, Crowe, y Margison (2000) en las últimas décadas existieron muchos intentos fallidos de procedimientos psicosociales para la psicosis, pero Slade y Haddosck (1996) diferenciaron tres etapas sucesivas claves en donde marcaron los cambios de la óptica de las terapias psicológicas, para los problemas de salud mentales severos. La primera se desarrolló en los años '60 hasta principios de 1970: donde se diseñaron las primeras intervenciones en psicosis basándose en los principios del condicionamiento operante que estaba dirigido al control ambiental de la conducta. En la década de 1970 hasta comienzos de 1980 se introdujeron los tratamientos familiares y los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales e instrumentales con los pacientes.

Luego en la década de 1990 fue constatada la consolidación de estas dos modalidades de intervención y a la introducción y desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales, para el entrenamiento de síntomas psicóticos conductuales (Como se citó en Vallina Fernandez & Lemos Giráldez, 2001).

Cuando se hace mención a la rehabilitación de un paciente, también implica educarlo. Por lo tanto, las técnicas aplicadas al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia deben incluir una metodología educativa y psicopedagógica que tengan en cuenta, tanto las directivas de un abordaje terapéutico como el acompañamiento y el sostén del paciente, ayudándolo a reconocer y aceptar sus limitaciones. El principal objetivo de la rehabilitación es que el paciente adquiera un nivel básico de confianza en sí mismo y el mantener la enfermedad estabilizada aumentando el grado de confianza en sí mismo, como el del medio social hacia él. El mayor aprendizaje para el enfermo, sería que los logros obtenidos en el medio

rehabilitatorio, se puedan transferir a los distintos ámbitos en los que el paciente se desenvuelva (Becerra, 2010)

Becerra (2010) menciona que la rehabilitación cognitiva se basa tanto en “reparar” la función alterada así como en desarrollar nuevas capacidades que reemplacen o compensen a las deficitarias, provocando una reducción de la demanda de los estímulos o de su procesamiento sobre las mismas. Así, no sólo se trabaja con un modelo restaurador que supone corregir los déficits, sino también con un modelo compensatorio cuyo énfasis está puesto en minimizar las incapacidades.

### 2.7.1. Farmacología

Según Gabbard (2002), algunos estudios fueron bien diseñados, controlados y demuestran extensamente que la medicación antipsicótica es altamente eficaz para controlar los síntomas positivos de la Esquizofrenia. Por otro lado, los síntomas negativos y los desórdenes en las relaciones interpersonales, no mejoran con el uso de medicación y por lo tanto es preciso otra clase de abordajes, como los psicosociales. De todas formas, algunos de los nuevos agentes antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona y olanzapina) parecen provocar un gran impacto sobre las constelaciones de los síntomas negativos. Según Gabbard (2002) los nuevos antipsicóticos atípicos, que comenzaron a ser utilizados en la década pasada, han revolucionado el tratamiento de la Esquizofrenia. Estos agentes, que incluyen risperidona, clozapina, olanzapina, quetiapina y ziprasidona, son por lo menos tan efectivos como la medicación antipsicótica convencional para los síntomas positivos y son más efectivos que los antipsicóticos convencionales para los síntomas negativos. También tienen la ventaja de aliviar varios efectos colaterales incómodos y así tienen mejor disposición para continuar con la medicación y para participar en tratamientos psicosociales.

La farmacología no es la solución definitiva de los trastornos psicóticos, teniendo en cuenta los fracasos de algunos tratamientos, como los síntomas residuales, la cronicidad y la recurrencia de los síntomas. Por ejemplo, según Khan, Khan, Leventhal y Brown (2001), en la Esquizofrenia el grado de mejoría de los síntomas positivos con tratamiento antipsicótico es inferior al 20%. Hoy en día se sigue comprobando, durante investigaciones en las que se mantiene el seguimiento durante 5 años, que el 50% de los pacientes con esquizofrenia presenta una mala evolución a pesar de seguir la medicación antipsicótica y que el 75% sigue la medicación de forma errática, entre otras razones por los molestos efectos secundarios (Como se citó en Lemos Giráldez; Vallina Fernández; Fernández Iglesias; Fonseca Pedrero & Paino, 2010).

### 2.7.2. Terapia Individual

Según Gabbard (2002), los abordajes con respecto a la terapia individual, para un paciente que padece Esquizofrenia, han sido puestos en duda debido a su efectividad. Muchos estudios prueban que existe una mejoría pero a partir del estudio realizado por Gunderseon (1984), se desconfía sobre su validez, ya que los mismos no fueron realizados en un gran número de pacientes y muchas de las personas que comenzaron participando del estudio lo abandonaron (Como se citó en Gabbard, 2002).

La terapia individual se ejerce en fases. En la primera fase el principal objetivo es estabilizar los síntomas clínicos, desarrollar la alianza terapéutica, y brindar psicoeducación básica. Esta fase tiene lugar durante algunos meses luego de que el paciente fuera dado de alta de internaciones en hospitales. La fase intermedia está diseñada para que el paciente tome conciencia de las señales afectivas internas que están asociadas con los estresores.

También es recomendable para algunos pacientes iniciar entrenamiento de habilidades sociales, como ejercicios de relajación y entrenamiento para aumentar la percepción social en este punto. Durante la fase avanzada de la terapia se busca proveer oportunidades para la introspección. De todas formas cada fase de la terapia se va a ajustar a las necesidades individuales de cada paciente (Gabbard, 2002).

### 2.7.3. Terapia Grupal

Algunos estudios de eficacia según O' Brien (1983) muestran como la modalidad ambulatoria y la terapia grupal pueden ser tan efectivas como la terapia individual (Como se citó en Gabbard, 2002).

Las terapias de grupos pueden ser de distintas modalidades, como por ejemplo: grupos de psicoeducación, grupos de entrenamientos en habilidades sociales, asesoramiento de grupo y psicoterapia de grupo, o una combinación de estas modalidades. El principal fin de la terapia de grupo es mejorar la resolución de problemas, la planificación de objetivos, las interacciones sociales (habilidades interpersonales y establecimiento de redes de apoyo en quienes manifiesten alguna tendencia al aislamiento), afrontar la enfermedad (y el estigma que genera), así como el control de la medicación y sus efectos secundarios. Las sesiones de grupo también son eficaces para detectar y controlar la aparición de síntomas prodrómicos de una recaída (Llorente Sarabia; Parellada Redondo; Moreno Pardillo y Arango López, 2007).

### 2.7.4. Terapia Familiar

Los abordajes a través de intervenciones familiares, según la experiencia y diversos estudios es la modalidad más efectiva. Las intervenciones familiares más la medicación es tres veces más efectiva en prevenir recaídas que la medicación sola, según numerosos estudios (Gabbard, 2002).

La incorporación de los familiares como recurso terapéutico para los pacientes con Esquizofrenia favoreció el tratamiento de los mismos.

Algunas investigaciones han comprobado que algunas características del contexto familiar han producido una evolución de la Esquizofrenia, como la emoción expresada. Todo esto acarrió como consecuencia, un impulso experimentado por asociaciones familiares de auto-ayuda, cuyo objetivo era reducir los sentimientos de culpabilidad, tener un mejor conocimiento de la enfermedad y producir procedimientos educativos para el manejo del paciente. La conclusión de lo mencionado derivó en el desarrollo de diferentes modelos terapéuticos de intervención familiar, los más destacados son: 1- el paquete de intervenciones socio familiares de Leff (Kuipers, Leff & Lam, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries & Surgeon, 1982). 2- el modelo psicoeducativo de Anderson (Anderson et al. 1986). 3- las intervenciones cognitivo-

conductuales de Tarrrier (Barrowclough & terrier, 1992; Tarrrier & Barrowclough, 1995). Y 4- la terapia conductual familiar de Falloon (Falloon et al. 1985; Falloon, Laporta Fadden & Graham-Hole, 1993) (Como se citó en Vallina Fernandez & Lemos Giráldez, 2001).

## 2.8. Habilidades Psicosociales

Los abordajes en entrenamiento de habilidades psicosociales según Hogarty (1991) están diseñados a medida de cada individuo y se basa en aprovechar las fuerzas y capacidades del paciente, maximizar su potencial vocacional, estimular su compromiso activo con el propio tratamiento y ayudarlo a desarrollar sus habilidades sociales (Como se citó en Gabbard, 2002).

Según Bellack, Morrison, y Mueser (1989); Liberman (1993) y Wallace (1984) uno de los rasgos distintivos que presentan déficit, los esquizofrénicos, es el funcionamiento social e interpersonal, esto también es una fuente de estrés para ellos, de recaídas y de exacerbación de los síntomas (Como se citó en Vallina Fernandez & Lemos Giráldez, 2001).

Por lo mencionado con anterioridad, según Brady (1984); Haldford y Hayes (1992), el entrenamiento en habilidades sociales ha sido una técnica central para reparar el pobre funcionamiento social que padece el esquizofrénico, para lograr potenciar sus recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social; con el objetivo de reducir o eliminar los estresores ambientales y personales que pueden desestabilizar y producir un frágil equilibrio o vulnerabilidad subyacente (Bellack & Mueser, 1993; Liberman, Massel, Mosk & Wong, 1985). (Como se citó en Vallina Fernandez & Lemos Giráldez, 2001).

Muchos son los estudios que señalan en sus investigaciones, la necesidad y beneficios de iniciar el proceso de rehabilitación psicosocial a partir del primer brote psicótico (Baldor Tubet; Jerez Álvarez; Rullas Trincado & González Cases, 2008). Evidenciando que el comienzo temprano de las intervenciones ha demostrado ser más eficaz que las intervenciones en estados mas avanzados de la enfermedad. Estas hipótesis encuentran su justificación en el concepto de período crítico. Este período crítico se define según Birchwood (1998), como el período de la Esquizofrenia en el que se desarrolla una máxima sensibilidad a las influencias biológicas y sociales (Como se citó en Baldor Tubet; Jerez Álvarez; Rullas Trincado & González Cases, 2008).

Esta fase abarcaría los dos ó tres primeros años posteriores al primer episodio psicótico, el cual estaría caracterizado tanto como por una mayor progresión del deterioro, como así también por una mayor sensibilidad a las intervenciones terapéuticas. Es por eso, que ese momento es considerado como uno de los mayores de plasticidad biológica, psicológica y psicosocial, por lo cual las intervenciones y las acciones rehabilitadoras que se efectúen en este período, serán claves para determinar la evolución de la enfermedad y el pronóstico a largo plazo del paciente (Baldor Tubet; Jerez Álvarez; Rullas Trincado & González Cases, 2008).

Según Bellack (1986) en la década de 1990 se reencontraron las terapias conductuales con la psicosis, hasta aquel momento esta terapia y otras psicológicas no eran consideradas, ya que, hasta ese entonces este diagnostico era considerado algo genérico y no un trastorno, por lo tanto la enfermedad con base biológica no era accesible a la terapia de la conducta y en justificación a esto, se esgrimía que la esquizofrenia bastaba con ser tratada con medicación,

ya que la terapia conductual se hacía superflua, además que la severidad de la enfermedad no podía tratarse con terapia psicológica. Es a partir de allí, que los principales objetivos se pusieron en la rehabilitación y se produjo un fuerte desarrollo de habilidades sociales e intervenciones familiares (Como se citó en Lemos Giráldez & Vallina Fernández, 2001).

Según Yusupoff, Haddock, Sellwood y Tarrier (1996), la terapia cognitiva aporta técnicas de ayuda a los pacientes para mejorar sus experiencias psicóticas, enseñándoles no solo a re-etiquetar o cambiar la creencia sobre la naturaleza de estas experiencias, sino a dar sentido psicológico a sus síntomas psicóticos (Como se citó en Lemos Giráldez & Vallina Fernández, 2001).

Actualmente existen una gran variedad y cantidad de terapias cognitivas-conductuales que se aplican a la psicosis, éstas se encuentran en manuales publicados para el tratamiento con soporte experimental, que avalan su eficacia. (Lemos Giráldez & Vallina Fernández, 2001).

El objeto de la Rehabilitación Psicosocial, tal y como apunta Rodríguez (1997) (Citado en Florit Robles, 2006), es el de ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, para lograr mantenerse en su entorno natural y social en condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles. La normalización de las personas con discapacidad no es sinónimo de normalidad (igualar unos patrones a lo estadísticamente mayoritario), cada persona es como es, con sus peculiaridades; se trata de ofrecer oportunidades y apoyo para permitir un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad (Nirje, 1969). De hecho la normalización no es un todo o nada, sino un “continuum” (Como se citó en Florit Robles, 2006).

## 2.9. Hospital de Día y Otras Alternativas

Según Margarita Laviana Cuetos (2006), para los servicios públicos de salud mental la atención a las personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos mentales graves, continúa siendo un objetivo prioritario, toda vez que constituyen el grupo de personas con enfermedad mental más vulnerable, expuesto a los riesgos del desarraigo y la marginalidad; y que precisen redes de servicios sanitarios y sociales bien coordinadas, profesionales bien formados y comprometidos, además de la implementación de programas de intervención probadamente eficaces.

El tipo de trabajo a desarrollar desde los servicios públicos de salud mental a personas que padecen esquizofrenia, debe enmarcarse, para ser planteado correctamente, al menos, en tres tipos de contextos: a) El primero de ellos, de carácter teórico y con un elevado nivel de generalidad y abstracción, esto hace referencia al concepto de Atención comunitaria en salud mental, entendida tanto como fundamento de la política sanitaria de la que surgen los dispositivos de atención, como también orientación general del tipo de trabajo a desarrollar desde los mismos. b) Un segundo aspecto contextual, como resultado del proceso de reforma psiquiátrica, hace referencia al modelo de servicios inspirado en las orientaciones comunitarias, al que es preciso referirse para entender la situación actual de la atención a estas personas, y por extensión a las personas que padecen un trastorno mental grave, con las

que comparte gran parte de necesidades y características. c) Un tercer aspecto no menos importante que los anteriores, y entrelazado con ambos de forma importante, es la evolución y desarrollo de las competencias técnico-profesionales que ha impreso en el contexto asistencial una mayor posibilidad de abordaje eficaz de los problemas de estas personas; esto es, la práctica de la intervención terapéutica basada en la evidencia (psicología de la evidencia, psiquiatría de evidencia, medicina de la evidencia), el fortalecimiento de nuevos roles profesionales ligados al abordaje integral y desde una perspectiva comunitaria (psicólogos clínicos especialistas, enfermeras especialistas en salud mental, terapeutas ocupacionales) (Laviana Cuetos, 2006).

Las investigaciones realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón (Quiroga, Rascón, & Valencia, 2003), referentes a pacientes que padecen Esquizofrenia en donde se indaga sobre el tratamiento psicosocial y familiar desde hace 23 años, ha dado cuenta sobre diversas cuestiones, entre ellas que la Esquizofrenia es incurable, provoca deterioro progresivo en el paciente y afecta a la familia. Como es multifactorial, en el proceso de la enfermedad intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, todos ellos son considerados como elementos importantes del “modelo biopsicosocial” que son los que se usan para abordar este trastorno. En la actualidad se toman en cuenta cuatro aspectos fundamentales: 1- tratamiento farmacológico, 2- tratamiento psicosocial, 3- terapia familiar, y 4- el manejo del paciente en la comunidad.

La Esquizofrenia, de todas las enfermedades que afectan a la humanidad, se ubica en el séptimo lugar en cuanto a la incapacidad que les producen a las personas que la padecen.

Una de estas incapacidades tiene que ver con los aspectos psicosociales que perjudican el funcionamiento psicosocial del paciente: Incapacidad para mantener un trabajo remunerado (área ocupacional) y como consecuencia no tener ingresos (área económica), provocando dependencia económica de la familia; dificultad para mantener relaciones sociales (área social), en general su red de apoyo social es pequeña, conduciendo al paciente a un aislamiento social; el aplanamiento afectivo puede llevar a no contar con vínculos afectivos en relaciones de pareja y su componente sexual (área sexual y de pareja); así como el impacto de la enfermedad en la familia (área familiar), la detección de relaciones familiares conflictivas entre el enfermo y su familia, ya que cuando aparece un ambiente de emoción expresada alta en la familia, pueden derivar en recaídas hasta en un 90%, también puede ser la presencia de un trastorno psiquiátrico en algún familiar que llega hasta un 58,5%. A su vez a esto, se le pueden agregar otros factores como la no aceptación por parte del paciente de su enfermedad, el rechazo y la discriminación que podría sufrir por su padecimiento, la carga emocional ocasionada, las implicaciones sociales del diagnóstico, el costo económico, el incumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos, que pueden generar recaídas y en algunos casos rehospitalizaciones. Consecuencia de todo lo mencionado previamente, es que surge el tratamiento, terapias o intervenciones psicosociales (Valencia; Rascón & Quiroga, 2003).

En un estudio realizado a 58 pacientes con Esquizofrenia en donde se les administró tres modalidades de intervenciones. Una de ellas es la Terapia Psicosocial (TPS), esta terapia esta basada en programas de entrenamiento sobre habilidades sociales, cuya efectividad ha sido demostrada ya por Liberman, (1998) et al. El principal objetivo de la terapia psicosocial es que

el paciente trabaje sobre las incapacidades que le provocó la enfermedad y a su vez, que adquiriera un nuevo repertorio de habilidades psicosociales o recupere aquellas habilidades que ya tenía previamente al padecimiento de la enfermedad, para así poder lograr un funcionamiento psicosocial satisfactorio (Como se citó en Valencia; Murow & Racón, 2006).

Otra intervención aplicada fue Musicoterapia (Bruscia, 1998; Murow y Sánchez- Sosa, 2003; Pavlicevic, Trevarthen y Duncan, 1994) en donde se entrenan habilidades sociales pero con un componente de interacción social y con mayor énfasis en los aspectos afectivos. El trabajo se llevó a cabo con técnicas de improvisación clínica en donde tocaban diversos instrumentos de percusión melódicos y no melódicos, por ser accesibles a todos los pacientes. El trabajo con los pacientes era grupal y directivo, estaba orientado al aquí y ahora para poder adquirir las habilidades que precisaban para lograr los objetivos (Como se citó en Valencia; Murow & Racón, 2006).

Finalmente la tercera intervención fue la Terapia Múltiple la cual integra las siguientes terapias: psicoterapia individual (PI), terapia grupal (PG), terapia ocupacional e inducción laboral (TOIL) y taller de pintura, dibujo artístico y manualidades (TPDAM). En la TOIL se plantearon como objetivos la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración laboral. Las habilidades para la búsqueda del empleo se refieren a la adquisición o recuperación de información y conocimientos necesarios que conduzcan al paciente a una orientación vocacional y a tener la intención de tener un empleo. Los resultados de la investigación evidenciaron que al inicio del estudio los pacientes se mostraban indiferentes respecto a su funcionamiento en todas las áreas con excepción al área de TPS en donde expresaron sentirse insatisfechos. En la evaluación inicial, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de funcionamiento entre las tres modalidades de intervención, ni en el grupo control (GC). En la TPS los pacientes mejoraron su funcionamiento indicando que al terminar la terapia se encontraban satisfechos respecto a su funcionamiento en todas las áreas. En MT, al finalizar la intervención, los pacientes presentaron mejorías terapéuticas en todas las áreas de la misma, pero sobre todo en el área familiar en donde indicaron estar satisfechos. Con respecto a las TM los pacientes también reportaron mejorías. En el GC no se encontraron diferencias entre la evaluación inicial y la final en ninguna de las áreas (Como se citó en Valencia; Murow & Racón, 2006).

Según Galilea y Colis (2000), la persona que tiene problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento. Los tratamientos de abordajes que traten de ir hacia su normalización deberían predominar más que los específicos y las intervenciones proporcionarles una mayor autonomía e independencia. Es importante tratar de evitar la inactividad, ya que el aislamiento familiar o institucional, como así también el embotamiento personal, mantiene y agrava los síntomas patológicos (Como se citó en Díaz & Chacón, 2006).

El tener un empleo o trabajo le puede provocar al paciente un factor normalizador e integración y hacer sentir al mismo que pertenece a un grupo, teniendo en cuenta que el realizar un trabajo permite que el enfermo mental crónico adquiriera un rol normalizado, de trabajador sobre el rol de enfermo psiquiátrico (Díaz & Chacón, 2006).

Como menciona Galilea y Colis (2000), el trabajo para el sujeto enfermo se convierte en un elemento de doble valor, por un lado el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios; y por otro lado el valor de elemento terapéutico, porque el trabajo va incidir directamente sobre su estado defectual, va a mejorar su funcionamiento y así provocar un aumento de valoración sobre sí mismo, normalizando sus conductas, generando al paciente sentirse más útil, activo, estimulado por una tarea y viéndose enriquecido gracias a la relación con las demás personas (Como se citó en Díaz & Chacón, 2006).

Según Stein y Test (1980), el Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) es un enfoque desarrollado a principios de 1970. Se creó para atender a adultos con enfermedades mentales persistentes. Los elementos claves de ACT incluyen un equipo multidisciplinario de tratamiento, instrucción y asistencia en la enseñanza básica de las competencias para la vida, 24 hs. disponibilidad de personal. Integración a los recursos de la comunidad, y una actitud asertiva para minimizar las pérdidas de los pacientes (Como se citó en Cunningham; Wolbert & Brockmeier, 2000).

Baronet y Gerber (1998), realizaron críticas acerca de cuatro programas de rehabilitación entre ellos el ACT: tratamiento asertivo comunitario. Comprobaron que éste es efectivo para disminuir tanto la reincidencia como la utilización del servicio de emergencia de salud mental. Además descubrieron que el tratamiento mejora la adherencia a la medicación y la participación en el tratamiento. Pero tiene resultados mixtos cuando se trata de ajuste a la comunidad incluyendo el funcionamiento vocacional. Este planteo fue el que los llevó a preguntarse el por qué algunos pacientes fueron más exitosos que otros en sus empleos (Como se citó en Cunningham; Wolbert & Brockmeier, 2000).

Según Cañamares (2001), las actividades de ocio y tiempo libre deberían formar parte de cualquier programa de rehabilitación para personas que padecen enfermedades mentales severas. Las personas, generalmente, que padecen estas enfermedades disponen de mucho tiempo libre con el cual no saben qué hacer y el aprender a utilizarlo puede ser una oportunidad de integración social y comunitaria. Existen diversos beneficios que pueden brindar las actividades de ocio, entre ellas: 1- Ayuda al paciente para que recupere un papel activo y protagonista en algunos aspectos de su vida, 2- Vuelven a darle sentido los pacientes a algunos entrenamientos que antes rechazaban, 3- Producen una expectativa de mejoría en los pacientes con respecto a su recuperación, 4- Permiten evaluar y entrenar múltiples capacidades de los pacientes, 5- Facilita el desarrollo de una buena relación terapéutica con los profesionales, 6- Al aumentar el grado de satisfacción frente a las actividades de ocio disminuye la ansiedad y la irritabilidad (Como se citó en Tur Juan; Armada; Gonzales Aguilar & Segura Valero, 2006).

## 2.10. Estigma y Discriminación

Es importante mencionar que la Esquizofrenia está acompañada de un alto grado de estigma y discriminación en la sociedad, que produce la propia carga que la enfermedad tiene para los pacientes así como también a sus familiares. En general las personas que padecen Esquizofrenia deben enfrentarse a un aislamiento social, sufren la discriminación en distintos aspectos como en la vivienda, la educación, las oportunidades de empleo, y en otras clases de

prejuicios sociales. Muchas veces la estigmatización puede extenderse al resto de la familia y a quienes brindan servicios sanitarios a los pacientes con esquizofrenia. Además algunos tratamientos que reciben los pacientes también pueden contribuir a agrandar el problema, sobre todo si los efectos secundarios motores debilitantes, que se derivan de la administración de determinados antipsicóticos se hacen presentes (Cat-Barcelona, 2012).

En un estudio realizado por el Centro de Investigación en Psicología de la Universidad de Palermo (2010), se indagó sobre la discriminación hacia el paciente que padece Esquizofrenia. De las 1254 personas encuestadas de diferentes barrios de la ciudad de Buenos Aires, se constató que el 50% del total, considera que la mayor parte de los esquizofrénicos son peligrosos y violentos. Es importante destacar que el conocimiento de la enfermedad en la población es moderado y esta asociado a la edad y a la educación. Los resultados mostraron que mientras más sea el conocimiento que se tiene de la enfermedad menos es la distancia social y que la ignorancia es el principal factor que lleva a la discriminación. Según Leiderman (2010), esto puede ocurrir porque uno suele depositar en aquellos que no conoce, ciertos temores y falencias de la sociedad en su conjunto.

### 2.11. Esquizofrenia en Argentina

Según Navarra (2002), en Argentina existen alrededor de 360 mil pacientes que padecen esquizofrenia, de los cuales menos del 20% recibe tratamiento y de estos, el 80% esta privado de terapias modernas. Las explicaciones de esta situación están relacionadas al precio elevado que tienen los fármacos necesarios para tratar ésta patología. La Asociación de Psiquiatras Argentinos y la Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que Padece Esquizofrenia y su Familia (APEF) ponen el acento en ésta dificultad y la marcan como una situación de peligro. Según el Estado, la ley 24901 establece que los nuevos fármacos para la esquizofrenia deben ser incluidos en el Programa Medico Obligatorio (PMO), sin embargo, esto no se cumple. Por otro lado se ha manifestado que se entregarán drogas genéricas, que implica una limitación en la variedad de medicamentos, teniendo en cuenta que la esquizofrenia no es una patología en la que exista una sola medicación y ésta sea la única efectiva, si no, que cada paciente debe tomar la medicación que sea acorde a la manifestación de sus síntomas. Bertoldi (2002), manifiesta no estar en contra de las drogas genéricas. Sin embargo expresa que el problema mayor es determinar quién es el garante de la elaboración y biodisponibilidad de estas drogas. Exige, Bertoldi como médico que es, al Estado Nacional que garantice a través de sus organismos de control la calidad del fármaco, ya que es algo de lo que se desconoce (Como se citó en Navarra, 2002).

## 3. Metodología

### 3.1. Tipo de Estudio

Descriptivo. Análisis de caso.

### 3.2. Participantes

Se trabajó sobre el caso clínico de un paciente de género masculino que actualmente tiene 22 años e ingresó al Hospital de Día, con un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Su primer episodio fue a los 16 años de edad.

La familia del paciente está compuesta por sus padres y dos hermanos mayores. Sus padres están separados, él vive con su madre y con la pareja de ella, por otro lado su padre y sus dos hermanos viven en otra provincia. El paciente finalizó el nivel secundario. Actualmente no realiza ninguna actividad, solo asiste al Hospital de Día y el resto del día esta junto a acompañantes terapéuticos.

### 3.3. Instrumentos

Observación no participante y registro de las observaciones en los distintos talleres en los que participa el paciente.

Historia Clínica del paciente. A partir de la misma se accedió a informes médicos del paciente, los informes semanales y mensuales realizados por los psicólogos y operadores terapéuticos de la institución.

Entrevista Semi-estructurada con operadores terapéuticos y psicólogos, en las que se indagó acerca de los objetivos cumplidos durante los dos últimos meses del tratamiento realizado, las habilidades sociales que fue incorporando y la evolución del mismo.

### 3.4. Procedimiento

La tarea se llevó a cabo a durante dos meses en Hospital de Día elegido.

La observación se llevó a cabo durante los talleres de teatro, musicoterapia y terapia ocupacional, a los cuales el paciente asistía, los días lunes, martes, jueves y viernes, cuya duración oscila alrededor de 60 minutos. Se realizó un registro del comportamiento del paciente para así recolectar la información necesaria para llevar a cabo los objetivos planteados.

Se indagó acerca de lo ocurrido en Terapia de Grupo en donde se les preguntó a los psicólogos a cargo, sobre el comportamiento del paciente y su participación en el mismo.

La Historia Clínica fue utilizada para dar cuenta de cómo fue realizada la admisión del paciente a Hospital de Día, conocer sus antecedentes personales y familiares, utilizar los informes de los profesionales acerca del paciente como material para dar cuenta del estado del mismo y su evolución, y los informes semanales y mensuales para responder a los objetivos planteados.

Se recurrió una vez por semana a la Historia Clínica, para encontrar de esa forma los informes semanales, correspondientes realizados por los psicólogos y operadores terapéuticos del paciente para actualizar la información recolectada.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas semanales con los operadores terapéuticos y psicólogos de Hospital de Día, quienes trabajaron con el paciente durante su tratamiento en Hospital de Día, para complementar con la información detallada en los informes e indagar lo que no fue impreso en los mismos.

## 4. Desarrollo

### 4.1. Presentación del Caso

J tiene 22 años y padece esquizofrenia paranoide, cuando llegó a la institución su diagnóstico era un trastorno esquizoafectivo, luego éste se modificó a esquizofrenia paranoide, pero durante las entrevistas semi-estructuradas, los profesionales no se arriesgan a dar un diagnóstico absoluto, si no, que existen dudas sobre el padecimiento de J. En la primera entrevista familiar su madre cuenta que a los 15 años sufre el primer brote, un episodio de excitación psicomotriz en el marco de consumo de sustancias (THC). A partir de esto, se suceden otros episodios de excitación y descompensación psicótica con delirios místicos e intentos de suicidios, como intentar saltar por el balcón y acostarse en las vías del tren, según figura en la historia clínica.

J cuenta que a los 15 años comenzó a consumir pegamento, cocaína, marihuana y alcohol. Actualmente, el paciente, niega el consumo de drogas y alcohol, pero reconoce que fuma tabaco.

El paciente relata en la entrevista de admisión, que cuando tenía 16 años comenzó a oír ruidos en la casa y a no poder dormir a consecuencia de esto. Aclara que eran sonidos comunes pero que no podía dejar de escucharlos.

La escala de discapacidad en cuidados personales es substancial; en las ocupaciones, en los aspectos familiares y en los sociales padece una discapacidad severa. El paciente cuenta con la contención del grupo de apoyo primario. Como dice, Valencia, Racón y Quiroga (2003), la esquizofrenia, de todas las enfermedades que afectan a la humanidad, se ubica en el séptimo lugar en cuanto a la incapacidad que les producen a las personas que la padecen. Joaquín tiene incapacidades con respecto a los aspectos psicosociales que perjudican el funcionamiento psicosocial del mismo. El paciente es incapaz de mantener un trabajo remunerado, por lo tanto en el área ocupacional también se ve afectado, si bien J trabajó en un kiosco en el pasado, actualmente se encuentra desempleado y como consecuencia no tiene ingresos y eso afecta el área económica, provocando dependencia económica de su familia, ya que, cuando quiere realizar alguna actividad debe ser autorizado por su madre y no puede disponer de sus propios recursos. El paciente posee dificultades para mantener relaciones sociales, en general su red de apoyo social es pequeña, sus amigos de la infancia y del secundario, se alejaron de J porque luego de ver lo deteriorado que estaba se asustaron y dejaron de comunicarse con él. Su red social son sus compañeros de Hospital de Día, es con ellos con quienes comparte tiempo, durante la semana; no sucede lo mismo los fines de semana, que el paciente realiza salidas al cine u otras actividades culturales, pero lo hace con sus acompañantes terapéuticos, o con su madre.

El aplanamiento afectivo puede llevar al paciente a no contar con vínculos afectivos en relaciones de pareja y a no tener un componente sexual, J mantuvo relaciones sexuales con algunas de sus compañeras en las internaciones pasadas, pero nunca tuvo novia, de todas formas no manifiesta ganas de estar en pareja. A una de sus compañeras en Hospital de Día le propuso "ser amantes". El impacto de la enfermedad en la familia, puede producir relaciones familiares conflictivas, cuando aparece un ambiente de muchas emociones

encontradas en la familia, pueden derivar en recaídas hasta en un 90%, también puede ser la presencia de un trastorno psiquiátrico en algún familiar que llega hasta un 58,5% (Valencia; Racón & Quiroga, 2003). En J el área familiar es en lo que más se ve afectado, según el psiquiatra es la principal causa de las recaídas de J. También es relevante destacar que los padres del paciente tienen conductas psicopáticas, la madre padece problemas con el alcohol y una conducta impulsiva a automedicarse; por otro lado, el padre tiene una conducta y un lenguaje violento.

Previo a su ingreso a Hospital de Día, el paciente estuvo 9 meses internado en la clínica T, antes estuvo 7 meses internado en clínica L, en total atravesó 7 internaciones, contando las dos mencionadas. Al ingresar a Hospital de Día, el paciente lo hace con el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. La medicación que tomaba en ese momento es la siguiente: Clozapina 800 mg por día, Valcote 1000 mg por día, Loracepam 1,5 mg por 2,5 mg y Aripiprazol 15 mg por día. El primer objetivo planteado para el paciente fue evaluar su desempeño en Hospital de Día como parte de un inicio de alta en T, en donde se encontraba internado. También se le indicó terapia familiar, más el tratamiento psiquiátrico.

El ingreso a Hospital de Día fue realizado con el objetivo de que el paciente logre organizar su conducta, consiguiendo un orden y una rutina. El asistir a un lugar, siempre a la misma hora, y realizar las mismas actividades semanalmente, es una forma de provocar en la persona un orden y una rutina. Algo, que para un paciente como J, que es caótico en su manera de actuar y manejarse, puede generar un cambio radical.

La relación familiar es muy conflictiva, sus padres están divorciados. J vive con su madre y su padrastro en , y su padre con sus dos hermanos viven en otra provincia. La madre tiene problemas con el alcohol y se automedica, no acepta la enfermedad de su hijo y lo reta todo el tiempo como buscando una forma de normalizar las conductas del paciente. El paciente dice tener poca relación con su padrastro y a su vez lo acusa que le saca dinero a su madre y que todo el tiempo corrige lo que él hace mal, según contó en la terapia de grupo. Por otro lado, su padre es violento y tiene una personalidad psicopática, manifiesta agresiones verbales y físicas. El psiquiatra menciona en la entrevista semi-estructurada, que el padre del paciente no entiende la enfermedad de su hijo y lo acusa de vago por no poder estudiar o trabajar, el paciente frente a estas exigencias se angustia e intenta hacer muchas cosas a la vez, que no las puede llevar a cabo y termina por desbordarse. El padre tiene actitudes que agudizan la psicosis del paciente, como por ejemplo: decirle todo el tiempo, por teléfono, que se lo va a llevar a la provincia donde vive el padre, y cuando lo lleva, tratarlo mal y mandarlo de vuelta como si fuera un paquete. Con su hermano tampoco tiene relación, ya que es tan violento como el padre, así lo expresó el psiquiatra en la reunión de equipo. Al observar esta gran problemática que atraviesa el paciente con su familia, en la reunión de equipo, se propuso brindarles terapia familiar, algo que no funcionó porque no pudo sostenerse en el tiempo, ya que el padre nunca asistió y su madre vino, algunas veces, con el padrastro. Se propone que ésta terapia familiar sea retomada. El psiquiatra del paciente dice que J no es una persona que demande mucho, más que aprender a hacer masajes y tener paciencia sobre los síntomas propios de la enfermedad, como por ejemplo: la dificultad para aprender, para prestar atención y las transgresiones, que a su vez, son propias de la edad. La madre no tolera esto y lo castiga, hasta ha llegado a pegarle al paciente.

El paciente es desorganizado, debido a su patología y a su vez al vivir en un entorno familiar caótico, esto profundiza su desorganización mucho más.

#### 4.2. Descripción de la sintomatología que padece el paciente al inicio del tratamiento

El paciente arriba a Hospital de Día mientras está internado en T, en forma de prueba. El psiquiatra relata, en la entrevista semi-estructurada, que cuando atiende al paciente se encontraba internado en T, y estaba como “un león enjaulado”, manifestaba síntomas psicóticos y actuaba como si estuviera en un brote constante. También, cuenta que tomaba tres medicaciones más de las que toma actualmente y estaba muy alterado. A veces pasaba de estar atado y luego dormía durante semanas enteras; el psiquiatra dice que los síntomas del paciente le recordaban al síndrome confusional, el paciente estaba muy exaltado y le pedía todo el tiempo “sácame de acá”. Los síntomas del paciente tienen una fuerte carga emocional, por eso es que al ingresar al hospital de día, J lo hace con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. El psiquiatra cuenta que ve al paciente en la institución, en donde, luego de observar la sintomatología de J, plantea que el paciente asista a Hospital de Día, en forma de prueba, para ver si logra adaptarse al grupo. Con el objetivo de lograr que a J le den el alta en T, en donde estuvo internado durante los últimos 9 meses, antes de ingresar a Hospital de Día. Según Galilea y

Colis (2000) la persona que tiene problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento (Como se citó en Díaz & Chacón, 2006). Los tratamientos de abordajes que se traten de ir hacia su normalización deberían predominar más que los específicos y las intervenciones proporcionarles una mayor autonomía e independencia. Es importante tratar de evitar la inactividad, ya que, el aislamiento familiar o institucional, como también así el embotamiento personal, mantiene y agrava los síntomas patológicos (Díaz & Chacón, 2006).

Es por esto que es más recomendable que un paciente como J realice un tratamiento en un Hospital de Día, donde asista una parte del día para realizar actividades junto a otros pacientes, pero luego vuelva a su casa y este en contacto con el mundo exterior. Comienza a asistir a las actividades, acompañado por un AT (Acompañante terapéutico) y a veces por su madre. En la historia clínica del paciente la madre expresa, durante las primeras semanas de asistencia a Hospital de Día, que no ve que su hijo logre adaptarse a la institución. Por otro lado, en la historia clínica J dice que, él asiste a Hospital de Día sólo porque su madre se lo pide.

La conducta del paciente en el inicio de su participación en Hospital de Día fue caótica, ya que, no lograba quedarse quieto durante períodos largos de tiempo. El psiquiatra relata que la primera vez que fue, el paciente, estaba totalmente desorganizado, iba de un lado para el otro, de repente subía a la admisión, y luego se iba al espacio de Hospital de Día. Esto está íntimamente relacionado con la poca continuidad que J tenía con la ingesta de medicación.

La profesora de teatro también manifestó, en la entrevista, que durante las primeras clases se mostraba con una conducta de inestabilidad, no toleraba la clase entera y abandonaba la misma de repente. A veces angustiado, al punto de largarse a llorar, y otras veces enojado porque no sentía que podía realizar las actividades de la clase, pero con el tiempo fue adaptándose a las clases y participando de las mismas de forma activa.

El profesor de terapia ocupacional cuenta, en la entrevista, que al principio el paciente no podía permanecer sentado durante más de cinco minutos, a pesar de decirle que se quede sentado realizando la actividad, J manifestaba que debía ir al baño o cualquier otra excusa para salir del lugar, luego regresaba al espacio, siguiendo sus propios tiempos.

Cuando estaba activo, su conducta era de mucha excitación, pero otras veces, estaba durmiendo toda la hora que dura la actividad. Luego, a medida que el tiempo fue pasando, fue logrando organizarse un poco y permanecer en el mismo lugar durante más tiempo, pero nunca permanece sentado durante una hora completa, es algo imposible teniendo en cuenta los propios síntomas de la enfermedad.

La profesora de musicoterapia revela, que el paciente no lograba quedarse en la actividad el tiempo completo, en un comienzo. Si bien se entusiasmaba mucho con la música, se mostraba muy ansioso al momento de pedir una canción, no toleraba escuchar la canción completa, y le costaba escuchar las canciones que elegían sus compañeros, le provocaba tanta ansiedad, que se iba a fumar, o al baño.

Los psicólogos a cargo de los desayunos del turno mañana, relataron, en una de las entrevistas, que J es un paciente que llegó a Hospital de Día, con una sintomatología psicótica, le costaba hacer comentarios atinados, sus comentarios eran en muchas ocasiones delirantes. Su desorganización se manifestaba en todas sus conductas y no lograba quedarse quieto por más de 10 minutos.

Donde más se pudo observar la resistencia al tratamiento y la sintomatología de J, es en la terapia de grupo. El paciente no permanecía en terapia de grupo por mucho tiempo, se angustiaba y se iba del grupo, aparecían en su discurso ideas delirantes y paranoicas.

#### 4.3. Descripción del tratamiento integral que recibe el paciente en la institución elegida.

En el hospital de día J, realiza las siguientes actividades: asiste por la mañana, de lunes a viernes, a Hospital de Día; también recibe atención psiquiátrica una vez por semana; sesiones de terapia familiar, que actualmente están suspendidas, pero el psiquiatra propuso que las retomen; y el paciente participó de los talleres de computación que brinda la institución durante algunas clases, luego abandonó. Como lo menciona Lemos Giráldez y Vallina Fernández (2001), hoy en día existen una gran variedad y cantidad de terapias cognitivas-conductuales que se aplican a la psicosis, como por ejemplo las mencionadas previamente, son las que la institución considera efectivas para el padecimiento del paciente.

El paciente asiste, de lunes a viernes, por la mañana, a Hospital de Día. En el espacio realiza diversas actividades propuestas por la institución: teatro, yoga, terapia ocupacional, terapia de grupo, arte, asamblea y musicoterapia. Ingresa al establecimiento a las 9 hs para desayunar con todos sus compañeros, los psicólogos, la enfermera y a veces vienen invitados que participan del mismo. A partir de las observaciones realizadas se puede decir que, durante el desayuno el paciente interactúa con todos, hace comentarios sobre los distintos tópicos que se tratan, y siempre tiene mucho humor e ironía en lo que dice. Algunas veces se encuentra dormido y no puede levantarse del sillón ni para tomar un café, y otras veces sus comentarios no son atinados ni concuerdan con lo que se está hablando. Según el psiquiatra, como lo relata en la

entrevista, esto sucede porque su madre no le da la medicación de forma constante y regular. Cuando J está estabilizado se lo observa muy sociable, invita a sus compañeros a jugar al ping pong o al metegol, también le gusta y disfruta leyendo el diario.

El objeto de la Rehabilitación Psicosocial, según Rodríguez (1997) tiene como fin ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles (Como se citó en Florit Robles, 2006). La normalización de las personas con discapacidad no es sinónimo de normalidad (igualar uno patrones a lo estadísticamente mayoritario), se trata de ofrecer oportunidades y apoyo para permitir un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad (Nirje, 1969) (Como se citó en Florit Robles, 2006). De hecho la normalización no es un todo o nada, sino un continuum. Esto es uno de los principales objetivos el que los pacientes logren adquirir habilidades sociales, para reinsertarse en la comunidad y tener las mismas oportunidades que el resto de las personas. Es claro que es muy difícil que J logre obtener por completo las habilidades sociales necesarias para una reinsertión social y laboral, porque la sintomatología propia de la enfermedad le produjo un deterioro cognitivo irreversible, pero si puede evitar que éste deterioro continúe y puede lograr una rutina y organización que luego se traslade a su vida fuera de Hospital de Día.

Durante una de los espacios de Hospital de Día, se propuso realizar un viaje entre todos los pacientes y a J se lo observó muy entusiasmado con el acontecimiento. El paciente se ofreció a buscar por internet e indagar acerca del lugar a donde podrían ir.

Inclusive se comunicó, de manera virtual, con un sitio de recreación, pero el precio era algo elevado. Él hablaba sobre el tema con todos en el desayuno, y también les incentivaba a que fueran al viaje. Sin embargo, el viaje quedo suspendido por motivos administrativos, hasta final de año.

Uno de los invitados que compartió el desayuno con los pacientes, fue un productor de videos musicales, que trabaja en el extranjero. Jo prestó atención a lo que el hombre contaba acerca del trabajo que hacía, pero en la mitad de la visita, se levantó y se fue a fumar, no toleró prestar atención durante mucho tiempo. Cuando el invitado comenzó a mostrar los videos que había producido, el paciente los miró durante un periodo corto de tiempo y luego volvió a salir a fumar. Luego de ver los videos del invitado, se propuso que los pacientes eligieran videos para ver entre todos, J sugirió que buscaran un video en Youtube, el cual fue creado por Fabio Posca y cuenta con un lenguaje subido de tono, a él le causó risa el video, pero los demás pacientes no se reían. Como dijo el psiquiatra, el paciente tiene 22 años y es normal que quiera ver o escuchar esta clase de cosas, que no tienen que ver con su enfermedad. En cambio, lo que tiene que ver con los síntomas propios de la enfermedad, es la gran dificultad para mantener la atención, o permanecer en el mismo lugar por periodos largos de tiempo.

Luego del desayuno el paciente participa de los distintos espacios: Uno de ellos es teatro, en donde el objetivo es que el paciente se exprese y participe de la actividad. Particularmente, en este espacio, la intención principal es que el paciente logre jugar a la propuesta que hace la profesora, que pueda seguir las indicaciones y expresarse corporalmente. La profesora de teatro expresó que ella no prepara la clase antes, si no, que depende la cantidad de pacientes

que se encuentren en la clase de ese día, entonces ella decide qué actividades harán. En general la clase está dividida en dos, primero se realiza un juego en donde los pacientes entran en calor y en clima, luego se les da indicaciones de alguna actividad que tiene que ver con la improvisación, creatividad e imaginación de los pacientes. La profesora de teatro cuenta que J presenta altibajos, en cuanto a su participación. Muchas veces es imposible que se despierte y que participe, pero otras veces, está muy activo. En las observaciones que realicé de este espacio, cuando J estaba estabilizado, participaba de las actividades con gusto, hacía propuestas de cómo realizar un acto o qué rutina hacer para que sea entretenido o gracioso el show. También estaba atento sobre lo que se le indicaba y se ponía de acuerdo con sus compañeros para realizar actos.

Siempre que podía se disfrazaba, lo emocionaba el tema de los disfraces, le gustaba ponerse accesorios que combinen con lo que se estaba haciendo. Otras de las actividades en la cual el paciente participa es terapia ocupacional, el objetivo de la misma es lograr que los pacientes estén sentados y concentrados en una actividad intelectual, en donde logren pensar cómo resolver alguna tarea que el profesor les indique. Por ejemplo: sopa de letras, ubicar palabras que faltan en un texto, y a veces realizan juegos de mesa. Como lo menciona Valencia; Murow y Racón (2006), la Terapia ocupacional e inducción laboral plantean como objetivos la adquisición, recuperación o potenciación necesarios para conseguir su integración laboral. Las habilidades para la búsqueda del empleo se refieren a la adquisición o recuperación de información y conocimientos necesarios que conduzcan al paciente a una orientación vocacional y a tener la intención de tener un empleo.

En el hospital de día realizan entre los dos turnos, mañana y tarde, una revista, que hacen los pacientes, en donde se pueden encontrar notas a los profesionales, cuentos que ellos escriben, relatos de viajes y en la tapa, de la revista, se exhiben fotos de trabajos que hacen los pacientes para exponer a fin de año en alguna exposición de arte. La revista es organizada, pensada y procesada en terapia ocupacional. El paciente se lo ve disperso en esta actividad, es en donde más le cuesta prestar atención y quedarse quieto participando de alguna actividad.

Como dijo el psiquiatra, el paciente muestra en este espacio, el deterioro cognitivo propio de la enfermedad, al no poder prestar atención, ni tampoco aprender cosas nuevas. Sin embargo, en las observaciones, cuando el paciente jugaba al TEG, un juego de mesa en donde cada uno tiene un objetivo para conquistar distintos lugares geográficos, a J se lo veía muy concentrado en realizar las estrategias necesarias para lograr ganar y llevar a cabo su objetivo. A través de toda la hora sentado y concentrado. Éstas son las situaciones que llaman la atención acerca del paciente, ya que, de esta forma J demostraba con sus actos, que podía prestar atención durante periodos largos de tiempo. A pesar de mostrar ansiedad al momento de esperar su turno.

Musicoterapia es otra de las actividades en las que el paciente participa en Hospital de Día. El objetivo de este espacio es que los pacientes logren expresar, a través de los instrumentos musicales y la música misma, sus emociones y sentimientos del momento. La profesora indica las actividades del día, teniendo en cuenta la cantidad de pacientes. El paciente disfruta del espacio, pero en muchas oportunidades abandona la misma con la excusa de ir al baño o ir a fumar. La profesora trata de retenerlo para que se quede en la clase pero es difícil. Cuando

tienen que tocar algún instrumento, el paciente se une a la actividad con ganas y participa activamente. De todas formas lo que más lo anima es cuando puede elegir una canción para que escuchen todos, sin embargo, le cuesta escuchar la canción entera y no tolera que otros elijan una canción. En algunas clases se propuso bailar distintos ritmos de música y al paciente se lo vio muy activo y contento con la propuesta. Según Bruscia, 1998; Murow y Sánchez-Sosa (2003); Pavlicevic, Trevarthen y Duncan (1994) se entrenan habilidades sociales pero con un componente de interacción social y con mayor énfasis en los aspectos afectivos. El trabajo se realiza con técnicas de improvisación clínica en donde tocan diversos instrumentos de percusión melódicos y no melódicos, por ser accesibles a todos los pacientes. El trabajo con los pacientes es grupal y directivo, está orientado al aquí y ahora para poder adquirir las habilidades que precisan para lograr los objetivos (Como se citó en Valencia; Murow & Racón, 2006).

En Hospital de Día el paciente asiste a terapia de grupo. Según el psiquiatra el paciente escapa a este espacio porque lo angustia. Cuando debería aprovechar para conectarse con lo que siente y contar lo que le pasa, sobre todo con sus conflictos familiares. Si el paciente lograra bancarse la angustia, quedarse en el grupo y contar lo que le pasa, eso podría ayudarlo a estar más estabilizado. De todas formas participa del espacio, pero lo hace aportando comentarios dirigidos a sus compañeros. El paciente es muy solidario y aporta comentarios atinados, que hacen referencia a lo que le pasa al otro y cómo ayudarlo. Por ejemplo: cuando ingresó un nuevo paciente al grupo, el cual contó que le costaba mucho relacionarse con los demás, que no tenía ningún problema para comunicarse en su ámbito de trabajo, pero en una situación casual no sabía como reaccionar ni qué decir. Entonces J le dijo que por qué no se comunicaba a través del chat, que esa era una buena forma de relacionarse, ya que es más fácil hablar sin que el otro te esté mirando. También le dijo que de esa forma podía inventar un personaje y hablar desde ahí. J expresó que a él también le cuesta comunicarse con las personas porque él es esquizofrénico y eso le dificulta las relaciones. Contó que escucha dos voces, pero éstas lo acompañan y no le dejan sólo, y le advierten de las cosas, una de las voces le avisa sobre las situaciones policiales que tiene que saber y tener cuidado. El compañero agradeció las palabras de J y le dijo que debería aprender más de él. Como dicen Llorente Sarabia; Parellada Redondo; Moreno Pardillo y Arango López (2007) el principal fin de la terapia de grupo es mejorar la resolución de problemas, la planificación de objetivos, las interacciones sociales (habilidades interpersonales y establecimiento de redes de apoyo en quienes manifiesten alguna tendencia al aislamiento), el afrontamiento de la enfermedad (y el estigma que genera), así como el control de la medicación y sus efectos secundarios. Las sesiones de grupo también son eficaces para detectar y controlar la aparición de síntomas prodrómicos de una recaída.

Entre una actividad y otra el paciente aprovecha para ir a fumar y sociabilizar con sus compañeros, disfruta mucho de esos momentos, porque siempre invita a todos a fumar con él. También aprovecha esos minutos para jugar ping pong, escuchar música de la computadora o simplemente conversar.

J asiste una vez por semana a asistencia psiquiátrica. En cuanto a la medicación que recibe, la mayoría se la dan en Hospital de Día, en donde es la enfermera la encargada de brindársela. Por la tarde es un AT quien se ocupa de darle la medicación y a la noche son su madre o su padrastro los encargados de que tome la dosis. El psiquiatra explica, que no sabe si sus padres

le dan la medicación, y si se la dan, si es la medicación correcta. La sospecha de que no tome la medicación correctamente, se presume, porque a veces el paciente, se encuentra dopado y durmiendo toda la semana, no participa de ninguna actividad; pero otras veces se lo ve muy excitado. En algunas ocasiones la madre le da medicación al paciente que no fue recetada por su psiquiatra, medicación que es de ella. En una de las entrevistas que el psiquiatra tuvo con el padrastro de J, éste le pidió recetas de quetiapina, una droga que el paciente ya no ingiere y que su psiquiatra le sacó hace mucho, para que no tomara tanta medicación, ni estuviera tan sedado. Luego que el psiquiatra le dijo, al padrastro que el paciente no tomaba esa medicación, el mismo alego que se confundió. Esta mezcla y poca constancia en la toma de los psicofármacos, genera una discontinuidad en el tratamiento y más desorganización, teniendo en cuenta que la medicación es efectiva si se mantiene una constancia en el tiempo. El psiquiatra manifiesta que les ha explicado esta situación a los padres de J pero las conductas de ellos no se modifican. Como dice Gabbard (2002) es importante saber que los abordajes a través de intervenciones familiares, según la experiencia y diversos estudios es la modalidad más efectiva. Las intervenciones familiares mas la medicación es tres veces más efectiva en prevenir recaídas que la medicación sola, según numerosos estudios. Si el paciente tuviera el apoyo familiar y ellos colaborarán con la ingesta de medicación constante, quizás el desempeño de la enfermedad de J podría afectarlo menos en su rutina.

Según lo que dice el psiquiatra, los síntomas negativos no son los que más se destacan en J, si no, la desorganización que padece el paciente en general y las fluctuaciones del ánimo a causa de su conflictiva familiar. La medicación que recibe actualmente es la siguiente: 1000 de Valcote, 5 mg de Loracepam, 800mg de clozapina y 15mg de Aripiprazol.

Los efectos secundarios que se observan en el paciente son la sedación y el aumento del apetito, es importante que J realice más actividad física porque en el último tiempo ha aumentado mucho su peso, según dijo el psiquiatra.

4.4. Descripción de la evolución sintomatológica que tuvo el paciente durante los dos meses en el tratamiento ambulatorio Hospital de Día.

J llegó a la institución con conductas altamente desorganizadas pero de a poco comenzó a participar de las actividades, de los desayunos, de los almuerzos, y a hacer comentarios atinados. El psiquiatra dijo, que cuando estaba internado se encontraba totalmente descompensado y sus estados de ánimo fluctuaban de un extremo al otro, al comenzar a asistir a Hospital de Día rutinariamente mejoró su conducta caótica, el sociabilizar con sus compañeros también fue de gran ayuda, las redes sociales son un fuerte apoyo para lograr la normalización de su vida. Es importante destacar, según lo mencionó el psiquiatra, que el paciente tiene sentido del humor, aunque su humor a veces es algo obsceno, pero de todas formas no hay que olvidar que esta atravesando la adolescencia y tiene 22 años. Por otro lado el paciente cuenta con una historia de adicciones importante, J comenzó a consumir cuando tenía 15 años, marihuana, cocaína, alcohol, pegamento y ácidos. Actualmente no consume la cantidad de drogas que consumía antes, pero cada tanto se escapa de su casa para fumar marihuana.

El tratamiento que recibe en Hospital de Día logró darle una rutina que, en cierta forma, lo ordena y le da un contexto de organización, sin la necesidad de que esté internado como

cuando lo estaba en T y en ese sentido es un paso adelante, ya que, le produce una cierta autonomía, así lo explicó el psiquiatra.

Si se realiza una comparación de la situación del paciente cuando arribó a la actualidad se pueden observar grandes cambios, pero lo más destacable es su estabilidad en los síntomas psicóticos.

Mostró evolución con el control de los síntomas positivos, actualmente se encuentra algo estable en su tratamiento, aunque, según lo que mencionó el psiquiatra en la entrevista, no se sabe si esa estabilidad es un estancamiento, el problema parece estar en que todas las propuestas que se hacen para que el paciente continúe evolucionando, son rechazadas por la familia.

El paciente manifestó el deseo de realizar un curso para aprender a hacer masajes, pero su madre rechazó la posibilidad, manifestando que el precio del mismo era muy elevado, cuando eso no es un problema para la familia, explicó el psiquiatra. Ésta negativa, sumándole otras situaciones produjo en J una gran frustración y aplanamiento afectivo. Porque a pesar de saber que los comportamientos del paciente en el pasado son muy inestables y que cuando comienza algo lo abandona, y quizás es posible que no termine el curso de masajes; es bueno que J lo intente, ya que en un principio se pensó que no funcionaría su estadía en Hospital de Día y sin embargo esta muy adaptado al sistema.

A partir de los registros , que figuran en la historia clínica se puede observar lo siguiente:

Fragmento extraído de la historia de la historia clínica del paciente: “El paciente por momentos impresiona interceptado, pero a pesar de eso logra incluirse en las conversaciones de grupo. Al observar las conductas de J se decidió informarle al psiquiatra la situación de empeoramiento de su sintomatología positiva (psicótica).”

Teniendo en cuenta las observaciones sobre J en Hospital de Día de ésa semana, es atinado mencionar que durante el desayuno, el paciente, recibió un llamado telefónico de su padre, y le dijo que se tome un colectivo hasta Retiro que él lo iba a ir a buscar y lo llevaría con él a Provincia.

Automáticamente, luego de finalizar la llamada, el paciente, dijo que debía irse, y pidió a sus compañeros que le prestaran dinero para tomarse un colectivo hasta Retiro, los psicólogos que se encontraban en el lugar intentaron detenerlo hablándole, pero el paciente se torno inquieto e irritable, y comenzó a decir que se tenía que ir y luego, frente a la insistencia para que no se vaya, dijo que no le “rompieran” que se quería ir, una compañera le dio el dinero y J se fue. Los profesionales que se encontraban en el lugar, se comunicaron con su madre, quien confirmó el relato del paciente. Luego de tres días retornó a la institución con síntomas paranoides y delirios. Su padre fue quien lo envió de vuelta, porque no pudo tolerar la conducta patológica de su hijo, según lo contó el psiquiatra. Debido a factores intrínsecos de vulnerabilidad biológica, los pacientes con Esquizofrenia pueden tener menor capacidad de elaborar estrategias para controlar el estrés. Pero si se considera positiva la influencia del ambiente familiar en el curso de la Esquizofrenia y no tanto en el origen (Sanjuán Arias, 2007). En este aspecto, en J, la influencia del ambiente familiar no es positiva, de hecho es negativa, le

produce al paciente una gran angustia la relación tan conflictiva y caótica con su familia. La misma, es un generador más de estrés para J, en vez de un apoyo.

Fragmento extraído de la historia de la historia clínica del paciente: “J provoca sorpresa con el aumento de sintomatología negativa, permanece gran parte del tiempo durmiendo en el sillón y no logra despertarse cuando se lo convoca. Esto es transmitido a su psiquiatra.” .

En las observaciones de Hospital de Día, J sólo se lo ve despierto y no siempre en los desayunos, en donde se lo observa muy molesto y paranoide con respecto a la institución, expresa que le quisieron poner una bomba y que el director fue el que le quiso hacer eso. Insulta a los profesionales y dice que lo quieren arruinar y que están en su contra. Esto se lo dice a la profesora de musicoterapia, quien le dice al paciente que elija una canción para escuchar entre todos, pero el paciente está recostado en el sillón durmiendo y le cuesta reaccionar, otros pacientes lo animan a que se incorpore a la clase y que participe, pero el paciente se resiste, hasta que decide elegir una canción y se despierta.

Luego de los insultos y de sus expresiones paranoides sobre los profesionales de la institución, comienza a cantar la canción y hacer caras graciosas a sus compañeros para que se rían.

Fragmento extraído de la historia de la historia clínica del paciente: “Se pide más control en las tomas de medicación a su familia, la madre se encuentra de vacaciones, se refuerza la indicación de la vivienda asistida. El paciente se encuentra estable en un cuadro sin ideas delirantes.”

En el mes siguiente, según la historia clínica, se observa en J: Fragmento extraído de la historia de la historia clínica del paciente: “J menciona que consume regularmente. Impresiona la somnolencia que padece, ya que, permanece en el sillón dormitando durante el desayuno y la primera actividad no puede dar cuenta de razones por las cuales se encuentra tan fatigado.” En las observaciones sobre el paciente es importante destacar que no puede despertarse, a pesar de ser invitado por sus compañeros y profesores a que participe de las actividades, J no puede abrir los ojos prácticamente. Y cuando se levanta, lo hace en el desayuno, se despierta rápidamente, como de una pesadilla, camina hacia la mesa, se sienta, y come una fruta, pero mientras se alimenta no habla con nadie, sólo respira fuerte, se lo observa como ido. Uno de sus compañeros le hace una pregunta a J, a la cual, no responde con palabras, pero mira a su compañero fijamente, durante muy pocos segundos, con cara de enojado. Luego de comer vuelve al sillón y se vuelve a dormir, a veces hay otra paciente en el sillón y J no parece verla y se acuesta en el mismo, como si estuviera vacío, cuando sucede esto, uno de los profesionales le llama la atención y el paciente apenas responde con acciones, moviéndose para darle lugar a la paciente.

Fragmento extraído de la historia de la historia clínica del paciente: “En la terapia familiar, con el paciente, su madre y padrastro. Se plantea la indicación de una vivienda a medio camino para el paciente, según lo menciona el psicoanalista a cargo. J refiere que la pasa bien en Hospital de Día pero que prefiere una vivienda a medio camino para no estar con sus padres. Se llega al acuerdo de hablar esta situación con el psiquiatra para una mejor negociación.”

En la reunión de equipo es, en donde el psicoanalista encargado de la terapia familiar, cuenta como se sucedieron los hechos frente a la propuesta de una vivienda a medio camino para J. Expresa que el paciente fue el más insistente en llevar a cabo la propuesta, pero su madre y su padrastro no parecen estar muy seguros con esto, y dicen de hablarlo con el psiquiatra. Sin embargo, el psiquiatra cuenta que la madre en un primer momento estuvo de acuerdo con la vivienda a medio camino, pero luego se enojó con el asunto y se retractó de aceptar la propuesta.

Fragmento extraído de la historia de la historia clínica del paciente: “Si bien el paciente se encuentra estable frente a la sintomatología psicótica que dificulta una integración en Hospital de Día. El psiquiatra se entrevistará con la madre del paciente la semana próxima, ya que se encuentra de viaje, para discutir la situación actual y los diversos tratamientos posibles.”

En las observaciones acerca del paciente en Hospital de Día, se lo ve muy apagado, se la pasa durmiendo y cuando se reincorpora le cuesta conectarse con la realidad y sociabilizar con sus compañeros, pero cuando lo logra se lo nota muy ameno. El paciente, cuando está estabilizado, mantiene relaciones sociales muy buenas con sus compañeros. Sus compañeros le tienen aprecio y se ríen mucho con sus ocurrencias.

Fragmento extraído de la historia de la historia clínica del paciente: “Concorre de manera regular al dispositivo con tendencia al sueño. Se lo observa más irritable. Escasa participación en las actividades. Se le administra la medicación indicada al mediodía. Buena relación con sus compañeros.” (29-6-12).

Frente a la gran desorganización e intensificación de los síntomas, el psiquiatra le propuso a la madre del paciente que éste podría ir a una casa de medio camino en donde lo podrían ayudar a organizarse. En respuesta a esta propuesta, la madre se ofendió con el psiquiatra porque la propuesta le hizo sentir que el psiquiatra estaba diciendo que ella no podía cuidar a su hijo y era una inútil, por ésta situación ella no le atendió el teléfono al psiquiatra como por un mes.

Según lo que dijo el psiquiatra, J debería participar más en las terapias grupales, porque es en ahí donde podría conectarse más con sus sentimientos que le provocan angustia y por lo tanto él se escapa. Las demás actividades lo ayudan a la expresión corporal, como arte, yoga, teatro, musicoterapia, terapia ocupacional pero no es lo él, según su patología, necesita más. Ya que a él las situaciones que lo angustian tiene que ver con su falta de afecto o conflictos familiares, por ejemplo: cuando la madre le pega. Son situaciones que J no se anima a contarlas en la terapia grupal por la gran angustia que le genera, se pone muy mal y se escapa, en cambio, se lo cuenta de manera individual a su psiquiatra. El día que el paciente logre soltarse y expresar lo que le pasa en la terapia grupal va a lograr descargarse. Según Routledge (2004) el papel actual de los factores sociales está basado en dos grupos de datos: las posibles variaciones en la incidencia y las recaídas asociadas a los acontecimientos vitales y a la alta expresividad emocional en las familias (Como se citó en Sanjuán Arias, 2007).

Algo que el paciente disfruta mucho y le gusta, son los intersticios entre una actividad y la otra. Invita mucho a jugar a sus compañeros al ping pong o leer el diario. También se le ve participativo de los desayunos, los almuerzos, los momentos en los que puede sociabilizar.

Es en estos momentos en donde logra sacar su personalidad y su humor. Según Cañamares (2001) las actividades de ocio y tiempo libre deberían formar parte de cualquier programa de rehabilitación para personas que padecen enfermedades mentales severas. Las personas, generalmente, que padecen estas enfermedades disponen de mucho tiempo libre con el cual no saben que hacer y el aprender a utilizarlo puede ser una oportunidad de integración social y comunitaria.

Cuando la pasante vio a J por primera vez en Hospital de Día, hacía un mes que asistía a la institución y se lo veía algo ausente por la medicación y bastante desordenado.

Con el pasar de las semanas asistiendo a Hospital de Día y con la consecuente participación en todas las actividades, su conducta mostró un orden y estabilidad. Logró adaptarse ampliamente al sistema que se ofrece en la institución, pero sobre todo, logró realizar redes sociales con sus compañeros. Sin embargo, a pesar de esta evolución en su comportamiento, durante las últimas semanas, J presentó síntomas psicóticos de delirio. Es importante destacar que, el paciente, se ve afectado en gran medida por la relación que tiene con su familia. Pero a pesar de esta recaída, el paciente no volvió al estado caótico con el que ingresó a Hospital de Día y eso es lo más relevante para mencionar de todo el proceso de observación.

## 5. Conclusiones

En el Trabajo Final de Integración (TFI) se pretendió describir el proceso terapéutico que atravesó un paciente que padece Esquizofrenia, durante su concurrencia a un hospital de día, específicamente durante dos meses. Para esto se tomó a un paciente de la Institución elegida, que asistía diariamente a Hospital de Día, con un tratamiento ambulatorio, habiendo pasado por 7 internaciones. Se intentó observar en el paciente la sintomatología con la que arribó a la institución y cómo ésta fue modificándose en el tiempo. Luego se describieron las actividades y el tratamiento que el paciente recibía. Finalmente se pretendió describir la evolución que tuvo el paciente durante los meses en la institución. Teniendo en cuenta los objetivos planteados se indagó en la historia clínica del paciente, las observaciones de los distintos espacios en los que participaba y las entrevistas semi-estructuradas con los profesionales a cargo. Fue de ésta manera como se pudo cumplir el objetivo de éste trabajo.

La descripción del primer objetivo específico fue algo confusa de relatar, porque el paciente, al momento de ingresar a la institución, estaba internado en T y cuando el psiquiatra lo visita por primera vez, describe a un paciente totalmente descompensado, a pesar de encontrarse en una institución de contención psiquiátrica. Cuando el psiquiatra ve al paciente, J le dice que ya lo conocía, que él lo había atendido hacía 4 años en una guardia, en el Hospital I, cuando J había tenido un brote. El psiquiatra relata, en la entrevista, que J fue uno de sus primeros pacientes cuando él se encontraba haciendo la residencia de medicina.

Según Gabbard (2002), algunos estudios demuestran que la medicación antipsicótica es altamente eficaz para controlar los síntomas positivos de la esquizofrenia. El paciente mientras estaba internado, recibía altas dosis de medicación y su estado sintomatológico era

de gran inestabilidad, pasaba de estar sedado y durmiendo por días a estar totalmente excitado, al punto de tener que ser atado para tranquilizarlo. Pero, por otro lado los síntomas negativos y los desordenes en las relaciones interpersonales no mejoran con el uso de medicación y por lo tanto es necesario realizar otra clase de abordajes, como los psicosociales. Por éste motivo es que se propone que el paciente asista a Hospital de Día, para que logre producir redes sociales con otras personas y éstas lo ayuden a reinserirse socialmente.

Es a consecuencia de su inestabilidad que arriba a Hospital de Día y es de esta forma como se maneja la primera vez que llega a la institución, de manera muy desorganizada, algo que se modifica con el tiempo logrando una cierta estabilidad. Se utilizó la historia clínica para tomar los datos exactos de lo que ocurría en aquel momento. También se realizó una entrevista semi-estructurada con el psiquiatra de J, para que relate los hechos concretos de lo ocurrido en ese momento específico. La compensación sintomatológica de los pacientes, junto con la dosis justa de medicación es uno de los objetivos principales de la institución. El psiquiatra de J forma parte del equipo de profesionales del hospital de día, pero no todos los pacientes son tratados por profesionales de la institución, algunos de los pacientes cuentan con atención psiquiátrica y psicológica fuera del establecimiento. En Hospital de Día, la enfermera se encarga personalmente de brindar la medicación a cada uno de los pacientes.

En el segundo objetivo se intentó describir las actividades que J realiza , éstas son muchas, pero la mayoría, están orientadas a la expresión corporal, y el psiquiatra mencionó que la actividad que más debería aprovechar, pero que el paciente más evita es la terapia de grupo.

En las observaciones se pudo describir que J más de una vez abandonó la terapia de grupo y se fue a otro espacio para no participar de la misma y cuando se le preguntó el por qué no asistía, simplemente respondió con alguna humorada para evitar contestar a la pregunta y no conectarse con lo que lo angustiaba. Algunas veces, cuando observaba que las pasantes se retiraban del lugar, él insistía que quería ir con ellas y no asistir a terapia de grupo. J tiende a evitar la conexión con sus sentimientos.

J no sólo se retiraba de la terapia de grupo, lo hacía en todas las actividades, pero en los demás espacios, lo hacía por la sintomatología propia de la enfermedad y a consecuencia del deterioro cognitivo que padece.

Todos los profesionales a cargo de los distintos espacios fueron entrevistados para extraer información sobre la conducta del paciente y su desempeño en las actividades, también se realizaron observaciones y participaciones en algunos espacios. Se mantuvieron charlas informales con J en el desayuno y en los espacios que separan una actividad y otra.

Los profesionales de la institución están muy atentos a lo que sucede con los pacientes y siempre se mostraron dispuestos a colaborar con la información acerca de J y de su conducta en Hospital de Día. Los pacientes reciben mucha contención por parte de la institución. Cuando J manifestaba gravedad en su sintomatología y en sus conductas, se charlaba el conflicto en las reuniones de equipo para plantearse cómo resolver el mismo. El tercer objetivo, se abocó a describir la evolución del paciente durante los meses de asistencia, la información fue extraída de las observaciones y de la historia clínica en donde una vez a la semana se registraba la conducta de J en los espacios de terapia de grupo. El mayor aporte fue

del psiquiatra, quien ve al paciente una vez por semana y conoce a su familia y a la relación conflictiva que existe entre ellos.

Fue difícil describir una evolución que acarrea una recaída en sí misma, porque J, si bien fue evolucionando desde su llegada a la institución hasta el día de hoy, manifestó sintomatología positiva, negativa y consumo de sustancias.

Es pertinente mencionar, que uno de los objetivos debería haber sido describir la relación conflictiva que atraviesa el paciente con su entorno familiar, porque es en ese espacio en donde más se ve afectado. Según Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2001), algunas investigaciones han comprobado, que las características del contexto familiar han producido una evolución de la esquizofrenia, como de la emoción expresada. Todo esto acarrió como consecuencia un impulso experimentado por asociaciones familiares de auto-ayuda, cuyo objetivo era reducir los sentimientos de culpabilidad, tener un mejor conocimiento de la enfermedad y producir procedimientos educativos para el manejo del paciente.

La experiencia realizada fue muy enriquecedora, a nivel profesional fue la primera experiencia en donde tuve la posibilidad de tener contacto cara a cara con pacientes que padecen patologías mentales severas. Si bien, en un primer momento, estaba algo asustada de ésta clase de interacción, cuando comencé a asistir a Hospital de Día, esto desapareció y el miedo se convirtió en interés por conocer y saber acerca de los pacientes.

Fue muy productivo el poder participar de algunas de las actividades que realizan en los distintos espacios de Hospital de Día. Todas las actividades son importantes para la evolución de los pacientes, pero particularmente, según las observaciones, considero que teatro es la actividad en donde los pacientes se integran fácilmente y logran disfrutar. La profesora, hizo participar a las pasantes de las clases y fue muy vergonzoso en un principio, algo que no se observó en los pacientes. Por otro lado, hubiera sido muy provechoso que se pudiera observar las terapias de grupos, pero desde un inicio de la práctica se informó a las pasantes que eso no iba a ser posible, porque la terapia grupal es un espacio muy personal, en donde los pacientes cuentan cosas privadas y que haya alguien que sólo participe durante 4 meses y luego se vaya no es algo que sea beneficioso para los pacientes, ni para su intimidad. Uno de los psicólogos que está a cargo de Hospital de Día turno mañana, contó que hace un tiempo atrás una persona que venía de otro país, realizó una rotación en la institución, y ella fue autorizada para participar de la terapia de grupo, situación que terminó mal, cuando la pasante realizó una intervención algo violenta y los pacientes se sintieron atacados. Es por esta razón también que no se permite que pasantes participen del espacio.

Una de las cosas que me llamó la atención es que los pacientes deben ocuparse de levantar sus tazas y demás accesorios, luego de finalizado el desayuno, esto es algo que no se lleva a cabo, si bien, muchos de ellos lo hacen, muchos no lo hacen, y quizás, insistir en que lo hagan sea un buen límite para algunos pacientes. Por ejemplo J, ni bien termina de desayunar, se va a afuera a fumar, o a jugar al ping pong, pero no levanta sus cosas, a menos que alguien se lo diga. La posibilidad de marcarle un límite, genera un orden en su rutina y una habilidad social a la vez.

Las limitaciones encontradas fueron las restricciones impuestas por la institución. Como por ejemplo, el no poder participar de la terapia de grupo; o algunas de las novedades acerca de

los pacientes no eran conocidas por las pasantes, hasta que no se contaban en la reunión de equipo. Sin embargo siempre existió muy buena predisposición por parte de los profesionales para contribuir en el desarrollo del TFI.

Otras limitaciones tuvieron que ver con mi asistencia a la práctica, ya que, los miércoles no asistía a Hospital de Día y quizás me perdía realizar observaciones en otras actividades como por ejemplo: arte y la asamblea, en donde los pacientes hablaban entre todos y se ponían de acuerdo en lo que iban a hacer; realizaban propuestas; pero también era el espacio en donde se daban las bienvenidas a los nuevos pacientes y las despedidas a los que se iban de alta. Afortunadamente pude participar de una de las asambleas en donde una de las pacientes se iba de alta, fue una experiencia muy linda, emocionante y enriquecedora.

Todos los pacientes y algunos de los psicólogos participan de la asamblea. Como aporte personal, hubiera indicado al paciente asistir por la tarde a los talleres que se brindan en la institución, como el de cocina y computación, si bien J asistió a este último, luego abandonó. Esto aportaría más actividades de rutina que ayudarían a su equilibrio y también interacción social con otros compañeros. También hubiera insistido con la terapia familiar, que es un punto que en el paciente se ve muy afectado. Si bien la terapia de grupo es la que más lo ayuda según su psiquiatra, indicaría sesiones de terapia individual, donde J pueda expresarse y hablar acerca de lo que le pasa y cómo se siente. Muchas veces me acerque a J y conversé con él y siempre se abrió a la charla, y expresaba lo que le pasaba. Una de las cosas en las que me centraría sería en verificar que la medicación es tomada en su dosis y en su horario correcto todos los días, quizás ver la manera de recordarle a su madre el horario o plantear otros horarios en donde el paciente reciba fehacientemente la medicación.

La práctica profesional fue sumamente positiva, aprendí muchas cosas que deben hacerse frente a un paciente que padece un trastorno mental severo, también aprendí cosas que no deben hacerse con los pacientes, y a su vez comprendí el funcionamiento de una institución con orientación psicológica comunitaria. Me sentí parte de un equipo de trabajo y también tuve la posibilidad de aportar en las reuniones de equipo algunas de las observaciones realizadas en Hospital de Día, con el objetivo de colaborar con la situación de algún paciente.

El trabajo descriptivo que fue realizado acerca de este paciente puede tomarse como ejemplo frente a otro paciente que cumpla con las características similares sintomatológicas.

Pero también debe continuarse trabajando con J y su patología, insistir en su participación en terapia de grupo y mejorar la relación conflictiva con su familia. Quizás insistir con la vivienda a medio camino, para que el paciente pueda tener un mejor control de la medicación. Pero lo más importante es continuar con la terapia familiar, porque es una de las situaciones que más padece el paciente.

## 6. Referencias

Baldor Tubet, I. Jerez Álvarez, MC. Rullas Trincado, M & González Cases, J. 2008. Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28(102), 433. Doi: 10.4321/S0211-57352008000200014. Recuperado el 20 de agosto de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=265019651014>.

Becerra, V. (2010). El cine en la esquizofrenia como dispositivo terapéutico: una mirada cognitivo-conductual. Universidad Nacional de Córdoba: Facultad de Psicología, 25- 26. Recuperado el 28 de agosto de <http://www.fundacionrecuperar.org/tesis/tesis5.pdf>.

Bobes García, J. García-Portilla Gonzales, M. Bascarán Fernández, M. Saiz Martínez, P. &

Bousoño García, M. (2007). Trastornos Psicóticos. Ciudad de Culiacán: Euro México. Cunningham, K. Wolbert, R. & Brockmeier, MB. (2000). Moving Beyond the Illness: Factors Contributing to Gaining and Maintaining Employment. American Journal of Community Psychology, 28(4), 483-484. Recuperado el 25 de agosto de [http://141.213.232.243/bitstream/2027.42/44054/1/10464\\_2004\\_Article\\_224349.pdf](http://141.213.232.243/bitstream/2027.42/44054/1/10464_2004_Article_224349.pdf).

Cat-Barcelona. (s/f). Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa. Recuperado el 28 de agosto en (<http://www.catbarcelona.com/pdf/biblioteca/esquizofrenia/volumen2.pdf>).

De Oleo Fulcar, I. Figueres, G. Méndez, Y. O. Núñez, S & Sánchez Martínez, F. (2002). Características de las ideas delirantes en pacientes esquizofrénicos en el hospital psiquiátrico Padre Billini. Psiquiatría, 63(2), 218. Recuperado el 28 de agosto de <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2004/65/02/RMD-2004-65-02-216-219.pdf>.

Díaz, D & Chacón S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: análisis desde una institución de apoyo. Revista de psicología 15(1), 33-34. Recuperado el 25 de agosto de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/264/26415102.pdf>.

Fernández de Soto, P & Osorio Álvaro E. (2006). Esquizofrenia de inicio en la niñez, revisión de conceptos actuales y dificultades en el diagnóstico. Universitas Médica, 47(2), 141-145. Recuperado el 30 de junio de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2310/231018675005.pdf>.

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia

crónica. Apuntes de Psicología, 24(1-3), 223-244. Recuperado el 13 de julio de [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24\\_1\\_10.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24_1_10.pdf).

Gabbard, G. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la Practica Clínica. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Gejman, P & Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. Artículo Especial. 72(3) 228-229. Recuperado el 25 de agosto de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802012000300007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802012000300007&script=sci_arttext&tlng=en).

Kaplan, H & Sadock, B. (1998). Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

Laviana Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 345-373. Recuperado el 13 de julio de [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24\\_1\\_16.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24_1_16.pdf).

Leiderman, E. (2010). La ignorancia como causa de discriminación hacia los enfermos de esquizofrenia. *Publicación del Departamento de Psicología*, 7, 7. Recuperado el 28 de agosto de la base de datos del Google académico.

Lemos Giráldez, S. Vallina Fernández, O. Fernández Iglesias, P. Fonseca Pedrero, E & Paino, M. 2010. Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis. *Clínica y salud*, 21(3), 301. Recuperado el 20 de agosto de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180615360008>.

Llorente Sarabia, C. Parellada Redondo, M. Moreno Pardillo, D & Arango López, C. (2007). *Trastornos Psicóticos*. Ciudad de Culiacán: Euro México.

Navarra, G. (2002). Esquizofrenia: peligra el acceso a las drogas. *La Nación*. Recuperado el 28 de agosto de <http://www.lanacion.com.ar/380190-esquizofrenia-peligra-el-acceso-a-las-drogas>.

Sanjuán Arias, J. (2007). *Trastornos Psicóticos*. Ciudad de Culiacán: Euro México. Tur Juan, F. Armada, MJ. Gonzales Aguilar, D. & Segura Valero, A. (2006). Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración. Doi: 10.4321/S0211- 57352006000200003. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2), 209-210. Recuperado el 28 de agosto de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352006000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352006000200003&script=sci_arttext).

Valencia, M. Murrow, E. & Rascón, ML. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, música terapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 537-549..

Valencia, M. Rascón, ML & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental* 26(5)

3-4. Recuperado el 20 de agosto de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252601.pdf>. Vallina Fernández, O & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* 13(3), 345-347 y 352-353. Recuperado el 20 de agosto de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72713302.pdf>.