

Universidad de Palermo.
Facultad de Ciencias Sociales.

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Descripción del abordaje de un paciente diagnosticado con esquizofrenia comórbida con trastorno por consumo de sustancias desde el servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico.

Tutor: Dr. Leiderman, EduardoA.
Autor: Messina, Sergio Ruben

INDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	3
2.OBJETIVOS.....	4
2.1.Objetivo general.....	4
2.2.Objetivos específicos.....	4
3.MARCO TEÓRICO.....	4
3.1.La admisión en el hospital neuropsiquiátrico.....	4
3.2.El diagnóstico de esquizofrenia.....	7
3.2.1.Conceptualización histórica de la esquizofrenia.....	8
3.2.2.Características diagnósticas.....	9
3.2.3.Tipos de esquizofrenia.....	11
3.2.4.Esquizofrenia resistente al tratamiento farmacológico.....	12
3.2.5.Comorbilidades frecuentes.....	14
3.3.Patología dual: Esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias.....	14
3.4.Adherencia al tratamiento.....	16
3.4.1.Familia y acompañamiento.....	18
3.5.Abordaje psicoterapéutico.....	20
3.5.1.Rehabilitación cognitiva.....	21
3.5.2.Entrenamiento en habilidades sociales.....	23
3.5.3.Psicoeducación.....	24
4.METODOLOGÍA.....	25
4.1.Participantes.....	25
4.2.Instrumentos.....	26
4.3.Procedimiento.....	27
4.4.Tipo de estudio y diseño.....	27
5.DESARROLLO.....	27
5.1.Algunas consideraciones iniciales.....	27
5.2.Análisis del proceso realizado en el servicio de admisión con el que se arribó al diagnóstico de esquizofrenia del paciente.....	28
5.3.Descripción de las intervenciones realizadas por los integrantes del equipo tratante.....	31
5.4.Análisis del rol del contexto familiar y social con el recurrente abandono del tratamiento del paciente.....	38
6.CONCLUSIONES.....	41
6.1.Resumen del desarrollo.....	41
6.2.Limitaciones.....	41
6.3.Perspectiva crítica.....	42
6.4.Aporte personal.....	43
6.5.Nuevas líneas de investigación.....	43
7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe el abordaje de un paciente diagnosticado con esquizofrenia de tipo persecutorio, comórbido con trastorno por consumo de sustancias, desde el servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico público, a partir del contacto diario con el equipo asignado para su tratamiento.

Es relevante hacer mención que el servicio de admisión del hospital brinda evaluación y atención a las personas que se encuentran experimentando síntomas agudos de un cuadro psicopatológico y cumplen con los criterios de internación conforme lo estipulado en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010). El equipo perteneciente al servicio desempeña su labor con el objetivo de compensar los síntomas del paciente, una vez que el mismo ingresa. Es decir, que este último puede haber ingresado desde la guardia del hospital o bien, haber sido derivado por uno de los servicios de internación a puertas abiertas de la misma institución.

En el servicio de admisión se trabaja interdisciplinariamente, a partir de un abordaje farmacológico, psicoterapéutico y social, con el objetivo prioritario de la externación del paciente. Sin embargo, si el equipo evalúa y posteriormente determina que el contexto no cuenta con la contención necesaria, el paciente es derivado a uno de los demás servicios del hospital, para posibilitar la continuidad del tratamiento.

Se debe precisar que si bien el abordaje de lo agudo, se da más a un nivel farmacológico, y a nivel psicoterapéutico se trabaja con un tiempo limitado, ya que lo habitual es que los pacientes permanezcan, en promedio, un mes en el servicio. El ser conscientes de esa limitación permite desarrollar intervenciones terapéuticas específicas y puntuales.

En lo que respecta a la presente investigación, es importante mencionar que durante la experiencia pre-profesional, se han llevado a cabo actividades como la participación en entrevistas de evaluación (primera entrevista), entrevistas de seguimiento a los pacientes que se encuentran en el servicio, entrevista a los familiares de los pacientes internados, evolución supervisada de las historias clínicas y gestión de los turnos para efectuar interconsultas con otros servicios del hospital.

El interés en realizar la presente investigación surgió debido a la observación de un caso, el cual se centró en analizar la dificultad encontrada desde el aspecto farmacológico para la estabilización de los síntomas, como en la relevante cantidad de reingresos en periodos de tiempo relativamente cortos con los que cuenta el paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir el abordaje de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia de tipo persecutorio, comórbido con trastorno por consumo de sustancias, desde el servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar el proceso que se realiza en el servicio de admisión para arribar al diagnóstico de esquizofrenia del paciente.
- Describir las intervenciones realizadas por los integrantes del equipo tratante durante la estadía del paciente en el servicio de admisión.
- Analizar el rol del contexto familiar y social en relación al recurrente abandono del tratamiento del paciente.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La admisión en el hospital neuropsiquiátrico

En lo que respecta al hospital neuropsiquiátrico, es importante mencionar que la admisión designa la forma de recepción que tiene una institución. Se utiliza para registrar un motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo a fin de decidir, tanto si corresponde el ingreso al servicio, como su posterior tratamiento (Rubistein, 1996). El equipo que se desempeñe en el servicio de admisión debe estar conformado en base a los principios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) en función a que el diagnóstico cumpla con el requisito de ser producto de un abordaje interdisciplinario e integral.

La misma Ley (Ley N° 26.657, 2010), en el intento por sostener y garantizar, ante todo, la libertad de las personas, amparada posteriormente por el Plan de acción integral sobre salud mental 2013 –2020 (Organización Mundial de la Salud, 2013), define dos modalidades de internación: 1) Voluntaria: en cuyo caso la persona puede decidir por sí misma la externación; 2) Involuntaria: requiriendo, dentro de las 48hs del ingreso, un informe interdisciplinario e integral con la evaluación y los motivos que justifiquen la internación, la búsqueda de datos acerca de la identidad de la persona y el consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal si correspondiera. Actividades, éstas últimas, que se desarrollan en la guardia y en el servicio de admisión.

La experiencia del ingreso en el área de admisión de un neuropsiquiátrico es compleja. Jankovic et al. (2011) sostienen que la situación genera sentimientos contradictorios al sentir alivio, por la atención, a la par que preocupación, por el desconocimiento del funcionamiento hospitalario.

Algunos familiares de pacientes internados en unidad de agudos suelen percibir una fuerte estigmatización por parte de la unidad según la atención dada por los profesionales (Runte Geidel, 2005). Es en este aspecto que se debe tener en cuenta que el trabajo con personas especialmente vulnerables y, con frecuencia, altamente vulneradas requiere tener siempre presente la dimensión de lo humano y, consecuente con ello, el respeto, la dignidad y la ética del cuidar como sostén (Sennett, 2003).

En los últimos tiempos, el avance tecnológico produjo cambios significativos en el área de la salud, no sólo mejorando el pronóstico y la evolución, sino también posibilitando que los tratamientos en los hospitales psiquiátricos puedan ser, en su mayoría, ambulatorios (Resnik, 1999). La alternativa prioritaria en los servicios de admisión, basándose en el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010), es posibilitar la externación del paciente una vez que el mismo no presente riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

El trabajo que se cumple en el servicio de admisión es, fundamentalmente, en la emergencia y bajo la modalidad de internación, pero también se hace atención ambulatoria para aquellos pacientes que son externados desde el servicio. La conformación de los equipos de trabajo es interdisciplinaria, siendo un total de 5 equipos integrados por psiquiatras y psicólogos que realizan su trabajo con los pacientes internados y sus familiares y/o allegados (Hospital psicoasistencial interdisciplinario J. T. Borda, 2016).

Durante la evaluación en la urgencia siempre debe descartarse que los síntomas y signos de alteración mental correspondan a una manifestación de problemas orgánicos, y se debe comenzar por determinar si existe riesgo de muerte o de conducta violenta (Subsecretaría de redes asistenciales del ministerio de salud de Chile, 2008).

En la entrevista, el profesional prestará atención a si existe extravagancia en la vestimenta y/o maquillaje, si los contenidos del discurso están conectados con coherencia o presentan disgregación, se explorará la orientación y la memoria, inicialmente, con preguntas simples como el nombre del paciente, la fecha y en qué lugar se encuentra. También debe indagarse si existió consumo de alcohol u otras drogas dentro de las últimas 72 horas, preguntar por el estado de ánimo e ideas sobre quitarse la vida y por situaciones que puedan estar afectando al paciente (Subsecretaría de redes asistenciales del ministerio de salud de Chile, 2008).

Según el anterior manual, uno de los principales síndromes de urgencia psiquiátrica es la

agitación psicomotriz, término utilizado frecuentemente para describir un estado de exaltación de los movimientos automáticos y/o voluntarios del cuerpo (inquietud, gesticulación, caminar, correr, etc.), que en general carecen de objetivo, y que van acompañados de nerviosismo, enojo, miedo y/o euforia. Según el caso puede estar acompañado de desinhibición verbal e ideas inconexas. La conducta es impulsiva, desordenada, arriesgada, irresponsable y constituye un peligro.

Frente a situaciones de violencia inmanejable o pérdida del sentido de la realidad, que dificultan al paciente su autocuidado o lo incapacitan para asumir la responsabilidad por su conducta, frecuentemente se utilizan técnicas de contención de tipo farmacológica a través de la cual se administra un medicamento neuroléptico y/o ansiolítico para aliviar los síntomas (Subsecretaría de redes asistenciales del ministerio de salud de Chile, 2008).

Una vez superada la urgencia, el equipo de admisión programa el alta hospitalaria sin prolongar la internación innecesariamente y, en el caso de no ser esta posible, el paciente es derivado a los otros servicios del hospital para continuar su tratamiento. El mismo equipo que brindó la atención al paciente realiza, luego, el seguimiento psicofarmacológico y psicoterapéutico al momento de la externación. Se continúa bajo esa modalidad hasta tanto el paciente sea derivado a los consultorios externos del hospital o a los dispositivos terapéuticos que se encuentren a su alcance conforme a su domicilio (Hospital psicoasistencial interdisciplinario J. T. Borda, 2016).

3.2. El diagnóstico de esquizofrenia

El diagnóstico de trastorno mental conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social (American Psychiatric Association, 2014) que, siguiendo con las directivas de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010), sólo podrá deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria.

La esquizofrenia es una enfermedad grave y destructiva en la que predominan, en su fase más activa, las alucinaciones, el delirio y una conducta alterada hacia los demás (Resnik, 1999).

La esquizofrenia puede ser entendida como un síndrome diferenciado categóricamente de otras entidades nosológicas (modelo categórico o dicotómico), o como un estado de vulnerabilidad distribuido de forma continua en la población (modelo continuo o dimensional) (Chinchilla Moreno, 2007). Al respecto, Häfner y Maurer (2006) sostienen que la mayor parte de los rasgos que caracterizan la esquizofrenia responden a un modelo continuo y aparecen siempre de forma independiente al ámbito cultural.

Esta enfermedad se encuentra mundialmente clasificada entre las 20 primeras causas de discapacidad (Leucht et al., 2013). Sin embargo, gracias a los progresos actuales en farmacoterapia y asistencia psicosocial, se puede esperar una recuperación plena y duradera para casi la mitad de los individuos que desarrollan esquizofrenia. Del resto, sólo la quinta parte aproximadamente sufre graves limitaciones en sus actividades cotidianas (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Chinchilla Moreno (2007) sostiene que el concepto de esquizofrenia ha ido sufriendo modificaciones con el correr de las épocas. Según el autor, hoy sólo asistimos a formas menores, a cuadros de comienzo y otras formas clínicas que ya no cuentan con las mismas características. El abordaje, y principalmente los cambios en lo farmacológico, tuvieron un importante impacto en el curso de la enfermedad. Las reflexiones del pasado pueden dar razón al sentido con el que hoy se utiliza el concepto.

3.2.1. Conceptualización histórica de la esquizofrenia

En el año 1899 Emil Kraepelin, a partir de la caracterización de la sintomatología más visible, las correlaciones frecuentes y sus posibles variaciones evolutivas, agrupó dentro de los «procesos psíquicos degenerativos» a la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide. Teniendo en cuenta, también, a las formas alucinatorias o fantásticas de la paranoia. El

criterio prioritario fue el estado terminal de la enfermedad: una rápida demenciación, designándola categoría nosográfica de Dementia Praecox. Según ésta concepción, el síndrome nuclear se constituye a partir de los elementos propiamente deficitarios, tomando indudablemente el modelo de la hebefrenia (Consejo de Redacción, 1996).

La categoría nosográfica propuesta por Kraepelin encontró no pocos detractores, que por ejemplo, sostenían que la palabra 'demencia precoz' había sido desafortunada, debido a que, la demencia, si aparecía, sólo lo hacía después de muchos años (Chaslin, 1922 como se citó en Consejo de Redacción, 1996).

Posteriormente, Bleuler (1911/2011) fundó el concepto de esquizofrenia sosteniendo que aquella 'demencia precoz' correspondía a una época en la que, el concepto de demencia y de precocidad eran aplicados a todos los casos.

Basado en la necesidad de un ajuste en lo conceptual y una revisión de la sintomatología asociada, identificó casos en los que, a cierta forma de psicosis de los jóvenes y otras enfermedades características de la pubertad, consideró incorrecta la inclusión en un solo concepto (Bleuler, 1911/2011).

Es entonces que este autor propuso el término esquizofrenia, por la relación con la escisión (Spaltung) de las distintas funciones psíquicas.

Es con Kraepelin y Bleuler, que nació la controversia mantenida hasta nuestros días entre estado y curso. Entre las formas de inicio de la esquizofrenia (Chinchilla Moreno, 2007).

Sin embargo, ya pesar de la inexistencia de un único modelo explicativo de la fisiopatología de la enfermedad, Stevens, Prince, Prager y Stern (2014) sostuvieron que la combinación de factores genéticos y/o anomalías en el neurodesarrollo contribuyen con una mayor vulnerabilidad para la aparición posterior de la esquizofrenia.

Un conjunto coherente de estudios farmacológicos e imágenes cerebrales indican la implicancia de una disfunción en la neurotransmisión dopaminérgica durante la génesis de los síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones. Sin embargo, la disfunción dopaminérgica no alcanza para explicar la gama completa de características clínicas de la enfermedad. Una perturbación de la función glutamatérgica contribuye a los procesos biológicos que subyacen a algunas de las características clínicas, particularmente la disfunción cognitiva, en la esquizofrenia (Owen, Sawa, & Mortensen, 2016).

3.2.2. Características diagnósticas

El diagnóstico de esquizofrenia requiere al menos dos de las siguientes condiciones, siendo una de ellas alguna de las primeras tres: delirios; alucinaciones; lenguaje desorganizado; comportamiento gravemente desorganizado o catatónico; síntomas negativos tales como expresión emotiva disminuida o abulia (A. P. A., 2014).

Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. El contenido del delirio puede incluir varios temas (p. ej. persecutorios, referenciales, somáticos/ religiosos, de grandeza). En este aspecto, la distinción entre un delirio y una creencia firme es dificultosa de realizar. Generalmente depende del grado de convicción con el que se mantiene la creencia a pesar de las pruebas claras o razonables en contra de su veracidad (A. P. A., 2014). Los delirios suelen producir un considerable malestar emocional (distress) y una notable disfunción en la conducta que generalmente deriva en la hospitalización de los individuos (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

Las alucinaciones son percepciones sin estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial. Sin embargo, las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia (A. P. A., 2014).

El mismo manual describe al pensamiento desorganizado como un cambio en el discurso de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas), o respuestas no relacionadas con las

preguntas recibidas (tangencialidad).

El comportamiento motor desorganizado puede observarse, tanto en conductas de tipo infantiloides, como también a partir de la observación de una agitación impredecible. En el otro polo, el comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno, y también varía entre la resistencia a cumplir instrucciones o negativismo, y la adopción mantenida de una postura rígida (A. P. A., 2014).

Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia. La primera consiste en una disminución de la expresión de las emociones a través de la cara, el contacto ocular, la entonación del habla (prosodia) y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara, que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso.

Es necesario rescatar también que, a mediados del siglo pasado, Schneider (1946/1997), desde un enfoque fenomenológico, indicó como síntoma patognomónico de la esquizofrenia a la consideración de la experiencia de la propia actividad psíquica (lenguaje, pensamientos, sentimientos, intenciones, etc.) como ajena o impuesta. Basada en un aumento de la permeabilidad en la barrera entre el yo y el mundo.

Muchas investigaciones demuestran que los jóvenes tienen mayores chances de ser diagnosticados con desordenes comportamentales o esquizofrenia en forma errónea (Delbello, Lopez-Larson, Soutullo, & Strakowski, 2001). Es por ello que durante el diagnóstico siempre se debe prestar especial atención a los factores culturales, intelectuales y del desarrollo que puedan estar ejerciendo influencia sobre los profesionales (Stevens, Prince, Prager, & Stern, 2014).

Para cumplir con los criterios de diagnóstico, los síntomas deben estar presentes durante al menos seis meses (incluyendo un mes de síntomas de fase activa); debe resultar en un deterioro en el funcionamiento social, y el autocuidado; y no deben poder ser explicados por un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, un trastorno del estado de ánimo, un trastorno por abuso de sustancias, o condiciones médicas generales (A. P. A., 2014).

Los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) tienden a recaer y remitir, aunque algunos pacientes tienen síntomas psicóticos residuales a largo plazo. Los síntomas negativos y cognitivos tienden a ser crónicos y están asociados con defectos en el funcionamiento social (Owen, Sawa, & Mortensen, 2016).

3.2.3. Tipos de esquizofrenia

El criterio de agrupación nosológica de la esquizofrenia fue cambiando a través del tiempo. La concepción del DSM-I y DSM-II estuvo basada en la perspectiva que sostenía Bleuler: Énfasis en síntomas negativos y limitada definición del cuadro, incluyendo, por ejemplo, el subtipo de esquizofrenia latente (Tandon & Bruijnzeel, 2014).

En el DSM-III se comenzó a poner mayor énfasis en los síntomas positivos como garantes de la confiabilidad diagnóstica. La presencia de delirio bizarro o de alucinación auditiva (voces discutiendo o comentando) era considerada suficiente para efectuar un diagnóstico de esquizofrenia (Tandon & Bruijnzeel, 2014).

Aunque entre el DSM-III y el DSM-IV la definición de esquizofrenia sufrió algunas modificaciones, la presencia de los síntomas positivos continuó teniendo un lugar fundamental en el criterio diagnóstico (Tandon & Bruijnzeel, 2014).

Hasta el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) se mantuvo la siguiente clasificación por subtipos de esquizofrenia:

-*Tipo paranoide*: incluye la preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes sin presentar lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

-*Tipo desorganizado*: existe un predominio del lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada sin cumplirse los criterios requeridos para el tipo catatónico.

-*Tipo catatónico*: el cuadro clínico debe estar dominado por, al menos, dos de los síntomas como inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor; actividad motora excesiva; negativismo extremo o mutismo; adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas; ecolalia o ecopraxia.

-*Tipo indiferenciado*: no se cumplen los criterios indicados en los tres tipos descritos anteriormente.

-*Tipo residual*: predominancia de síntomas negativos y de dos o más síntomas de los caracterizados como positivos presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales) y ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

Los subtipos existentes en el DSM-IV-TR, anteriormente descritos, no figuran en el DSM-V debido, principalmente, a que se les asigna una baja estabilidad diagnóstica, baja confiabilidad y validez y poca utilidad clínica. Excepto por los subtipos paranoide e indiferenciado, los demás raramente son utilizados en los sistemas de salud de todo el mundo (Tandon, 2012).

3.2.4. Esquizofrenia resistente al tratamiento farmacológico

Se puede definir la resistencia al tratamiento farmacológico como la falta de respuesta terapéutica, o la mínima respuesta de, al menos, dos esquemas de tratamiento antipsicótico de adecuada duración y dosis a rango terapéutico (Lehman, et al, 2004).

Las actuales guías internacionales de tratamiento definen a la resistencia al tratamiento en la esquizofrenia como: 1. la falta o mínima respuesta sintomática; 2. con múltiples intentos terapéuticos (al menos dos); 3. con drogas antipsicóticas, con adecuada dosis, dentro del rango terapéutico, a dosis equivalentes a 600mg/d de clorpromazina para los tratamientos con antipsicóticos típicos; 4. de adecuada duración en un tiempo de al menos seis semanas para la guía APA del 2004 o de al menos entre cuatro a ocho semanas para la NICE del 2010 y la WFSBP del 2012.

Se considera como respuesta al tratamiento una mejoría clínica significativa en la psicopatología del paciente. Independientemente que continúe enfermo o no. En pacientes crónicos, multiepisodio o resistentes al tratamiento, respuesta es la disminución sintomática del 25% en escalas de medición BPRS o PANSS (Leucht, Correll, & Kane, 2011).

La clozapina surgió como droga para el tratamiento de la esquizofrenia resistente a partir de la comparación con el uso de clorpromazina en pacientes definidos como resistentes al tratamiento. Al tener éxito, comenzó a utilizarse mundialmente en el año 1990 (Elkis & Buckley, 2016). Es el antipsicótico más efectivo para poblaciones de esquizofrénicos resistentes al tratamiento y presenta un menor riesgo de discontinuación de tratamiento y de re hospitalización que los otros antipsicóticos (Tiihonen, et al., 2006).

Por otro lado, Honer et al. (2006), descartaron que una combinación entre la clozapina y la risperidona, que posee un perfil diferente a la primera y posibilitaría una mejora en la memoria de trabajo de tipo verbal, mejore la disfunción cognitiva.

Debido a que la clozapina puede ser intolerable para algunos pacientes, y posee el efecto adverso de aumentar el riesgo de disminución de cierto tipo de glóbulos blancos (agranulocitosis), se han realizado pruebas respecto a las alternativas posibles. En comparación con dosis normales de clozapina, no existieron diferencias con la administración de altas dosis de olanzapina en cuanto a frecuencia de recaídas. Sin embargo, la clozapina demostró superioridad en términos de mejoría en los síntomas negativos y episodios psicóticos (Elkis & Buckley, 2016).

Para aquellos pacientes que no responden al tratamiento con clozapina o bien, responden parcialmente a la misma, las estrategias que combinan distintos psicofármacos no resultaron ser efectivas. Para Elkis y Buckley (2016) éste tipo de pacientes encuentra un horizonte esperanzador en intervenciones no farmacológicas, como la terapia electroconvulsiva o la estimulación magnética transcraneal.

3.2.5. Comorbilidades frecuentes

El término comorbilidad fue introducido por A. R. Feinstrin en 1970 con la idea de reseñar la presencia previa o concurrencia de un trastorno somático o psíquico sobre una enfermedad primaria crónica, siendo ésta la que lleva al paciente a consultar por primera vez (Feinstrin, 1970 como se citó en Angosto Saura et al., 1996).

Respecto a la comparación con la población en general, la tasa de comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo son elevadas. Éste último figura de tal forma que ha llevado a algunos investigadores a plantear la existencia de un subtipo de esquizofrenia con características obsesivo-compulsivas (Yum, Hwang, Nasrallah, & Opler, 2016).

El trastorno de la personalidad esquizotípica o paranoide puede preceder al inicio de una esquizofrenia (A. P. A., 2014).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) la tasa de comorbilidad de la esquizofrenia con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias es elevada, y también, cada vez se hace más frecuente el reconocimiento de la comorbilidad con trastornos de ansiedad.

3.3. Patología dual: Esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias

En lo concerniente a la patología dual, es necesario realizar una diferenciación entre los conceptos de abuso y dependencia. El primero hace referencia a un uso inadecuado, ya sea por cuantía, frecuencia o finalidad de consumo, que conlleva a un deterioro clínico significativo, y da lugar al incumplimiento de las tareas habituales y/o alteraciones en las relaciones interpersonales (Damin, 2010).

Por otro lado, el término de dependencia, alude a cuando se tiene la necesidad inevitable de consumir una sustancia y se depende física y/o psíquicamente de ella (Damin, 2010). Es importante destacar aquí los conceptos de tolerancia y abstinencia. Tolerancia, implica un aumento significativo de las dosis de una sustancia para conseguir los mismos efectos que antes o bien, una reducción notable del efecto, cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla la tolerancia, varía en cada persona y para cada sustancia. La abstinencia, es un síndrome que aparece cuando disminuye la concentración en sangre de la sustancia, y aumenta la probabilidad de que la persona consuma para aliviar los síntomas (A. P. A., 2014).

La comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno por consumo de sustancias es muy común, y se asocia con una variedad de consecuencias graves, tales como recaídas, hospitalizaciones, violencia y disminución del funcionamiento en general (Drake, Xie, McHugo, & Green, 2000).

Dado que el neurotransmisor más comúnmente implicado en la fisiología de la esquizofrenia es la dopamina, las drogas que incrementen la actividad de los receptores dopaminérgicos pueden inducir y acentuar los episodios psicóticos (Stevens, Prince, Prager, & Stern, 2014). Se hace necesario, para cada caso en particular, discriminar si realmente existe comorbilidad, ya que los sujetos con un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, pueden presentar síntomas característicos del criterio A de la esquizofrenia (A. P. A., 2014).

De cualquier manera, el trastorno psicótico inducido por sustancias, puede distinguirse, habitualmente, por la relación cronológica entre el uso de la sustancia y su inicio y, por la remisión de la psicosis en ausencia del uso de dicha sustancia (A. P. A., 2014).

En un estudio realizado en el Reino Unido, Duke, Pantelis, McPhillips y Barnes (2001) concluyeron que el 16% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia o psicosis había practicado, en algún momento de su vida, consumo perjudicial de alcohol u otro tipo de drogas.

El paciente esquizofrénico se halla en un grupo de riesgo. Se estima que dentro del grupo de estos pacientes, el riesgo de presentar trastorno por uso de sustancias a lo largo de la vida es de 4,6 veces el de la población general (Landabaso Vázquez y Gutiérrez Fraile, 2004 como se

citó en Chinchilla Moreno, 2007).

Dado que el cannabis es la droga ilícita más consumida por las personas que sufren de esquizofrenia, se hace relevante determinar si el consumo de cannabis induce la esquizofrenia en individuos que presentan vulnerabilidad genética y exhiben síntomas prodrómicos como base (Radhakrishnan, Wilkinson, & D'Souza, 2014).

Algunos estudios recientes sugieren que, en la mayoría de los casos, el uso de cannabis es previo a la aparición de la sintomatología psicótica. La evidencia acumulada indica que el uso de cannabis, específicamente el mal uso de compuestos con alto contenido de tetrahidrocannabinol (THC), aumenta el riesgo de desencadenamiento de la esquizofrenia y aminora el desarrollo cognitivo (Owen, Sawa, & Mortensen, 2016; Stevens, Prince, Prager, & Stern, 2014). El deterioro cognitivo producido por THC se observa pronunciadamente en el dominio del aprendizaje y la memoria de tipo verbal, y también posee el efecto de interrumpir el procesamiento de la información visual, brindando una base para la aparición de alucinaciones de este tipo (Radhakrishnan, Wilkinson, & D'Souza, 2014).

Un dato que se debe tener en cuenta es el efecto de las sustancias sobre la medicación antipsicótica. El alcohol, por ejemplo, aumenta la sedación de los antipsicóticos y la nicotina, por dar otro caso, disminuye la concentración en plasma de los antipsicóticos típicos (Chinchilla Moreno, 2007).

Respecto a la estrategia farmacológica, la utilización de clozapina en pacientes que presentan comorbilidad entre la esquizofrenia y el trastorno por uso de sustancias, ha demostrado ser efectiva para la disminución del consumo (Drake, Xie, McHugo, & Green, 2000).

Las intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con patología dual deben efectuarse en base a una serie de objetivos que incluyan el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica, educación sanitaria individual y familiar, entrenamiento en habilidades sociales e intervención motivacional (Chinchilla Moreno, 2007).

3.4. Adherencia al tratamiento

En la práctica clínica, generalmente cuando el paciente deja de estar hospitalizado, el incumplimiento del tratamiento se vuelve un problema frecuente, siendo algunas de sus causas la falta de redes de apoyo y la falta de conciencia de enfermedad (Moriana Elvira, Alarcón Pulido, & Herruzo Cabrera, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la adherencia al tratamiento prolongado como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. En este aspecto, la falta de apoyo familiar es uno de los predictores más relevantes de la falta de conducta de adherencia terapéutica (Díaz Porto Robles, 2014). Por ello cobra importancia, entre otros factores, la psicoeducación para enfermos y familias (Moriana Elvira et al., 2004).

De todas las enfermedades mentales, la esquizofrenia es la que alcanza el menor índice de adherencia al tratamiento. El abandono del tratamiento es un fenómeno que se vuelve recurrente a lo largo de la evolución de la enfermedad y conlleva un peor pronóstico. Lo que provoca en la sociedad, la familia y, a veces, hasta en los profesionales, la exclusión y el rechazo del enfermo, estigmatizando al individuo (Chinchilla Moreno, 2007). En este aspecto, el fomento de programas que posean como objetivo un aumento en la autoconciencia del riesgo de episodios psicóticos y una disminución del estigma percibido, al igual que el trabajo con estrategias de reducción del estrés en personas jóvenes en situación de riesgo, mejorarían la actitud para con la búsqueda de ayuda profesional a través del paso del tiempo (Xu, et al., 2016).

Con el surgimiento de los antipsicóticos de segunda generación y aquellos de absorción lenta, se ha mejorado el cumplimiento respecto al pasado, pero es importante contar con estrategias e intervenciones que permitan facilitar aún más el cumplimiento (Chinchilla Moreno, 2007). Vale la pena entonces, hacer hincapié en las técnicas psicoeducativas dirigidas a pacientes y familiares con el objetivo de evaluar la motivación, animar e informar

acerca del carácter crónico de la enfermedad y de la necesidad de mantener el tratamiento. Destacando las mejorías identificadas a partir de la terapia y la toma del psicofármaco, sin dejar de lado tampoco los posibles efectos secundarios que pueden acontecer. La actitud terapéutica debe ser constante, directa y respetuosa (Kane, Leucht, & Carpenter, 2003).

La estigmatización constituye un problema de gran repercusión que se extiende también a los familiares en cuanto a discriminación, rechazo, ocultamiento y exclusión por las ideas negativas que se construyen alrededor de los pacientes (Solano Murcia & Vasquez Cardozo, 2014). En general, todo aquel que considera ser víctima de una enfermedad mental y, específicamente, la población que sufre de esquizofrenia, se siente privada de algunos derechos o aislada socialmente. Los pacientes con esquizofrenia son particularmente sensibles a comentarios hostiles y críticos. Es ahí donde, ante la evidencia de alguna falta de cumplimiento por parte del paciente durante el tratamiento, los profesionales deberían mostrarse interesados en el bienestar y la mejoría de la persona en lugar de expresar frustración por el posible abandono del tratamiento (Weiden, 2016).

Otro de los tópicos importantes para poder pensar intervenciones eficaces es comprender el marco de referencia del paciente. Cuando el profesional de la salud promete una mejoría ante la toma del psicofármaco, lo más probable es que el paciente espere regresar al estado premórbido. Esta expectativa se debe tener en cuenta en toda intervención terapéutica para no dar lugar a la frustración y la consecuente deserción (Weiden, 2016). Tanto el aumento de la participación del paciente en las conversaciones, como la comprensión por parte de éste último, del discurso del profesional, se asocian a una mejor adherencia al tratamiento (McCabe et al., 2013).

Un recurso importante, que posee un fuerte impacto en la adherencia al tratamiento, es la información brindada por los profesionales a la familia y a aquellos que actúan como acompañantes del paciente. Cassidy, Hill y Callaghan (2001) afirmaron que los programas educativos para los cuidadores de personas con esquizofrenia son eficaces en la transmisión de conocimiento y la reducción de la cantidad de tiempo que el individuo pasa en el hospital. En este aspecto, la cooperación de los familiares con el tratamiento confiere un mejor pronóstico (Stevens, Prince, Prager, & Stern, 2014).

3.4.1. Familia y acompañamiento

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más carga genera en el cuidador primario. La aparición del trastorno expone a la familia a una multiplicidad de problemas que ponen a prueba sus capacidades generales de adaptación (De la Higuera Romero, 2005).

La percepción de las experiencias de estigma hacia la enfermedad conlleva a que muchas de las personas con esquizofrenia se consideren así mismas como sujetos peligrosos y culpables de su enfermedad mental, tal y como se encontró en un estudio realizado en España, en donde además, las personas también manifestaron miedo al rechazo o discriminación por parte de la sociedad, lo cual las llevaba a ocultar su enfermedad, y un sentimiento de pérdida del control sobre su vida, motivo por el cual consideraban necesitar de la supervisión y sobreprotección de la familia (Ochoa et al., 2011).

Con el ámbito familiar se relaciona, habitualmente, a un constructo identificado con el término "expresión de emociones". Este constructo intenta reflejar algunos aspectos clave de las relaciones interpersonales como la crítica, la hostilidad, los comentarios positivos y el compromiso emocional (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Armstrong Rahill, 2000). El mismo constructo es uno de los que más poder predictivo exhibió en la determinación del estado clínico y de la evolución del paciente. Los ambientes familiares cargados de evaluaciones negativas condicionan interacciones más estresantes entre sus miembros y posibilitan exacerbaciones sintomáticas en las que, dada la propia vulnerabilidad cognitiva, favorece la aparición de comportamientos desajustados (De la Higuera Romero, 2005).

La intervención familiar tiene varios componentes y puede emplear múltiples estrategias.

Montaño, Nieto y Mayorga (2013) enumeraron los objetivos que debe tener una intervención de este tipo: construir una alianza con los familiares; proporcionar información sobre el trastorno; orientar sobre los problemas de conducta y conflictos relacionales; asesorar en la gestión del estrés familiar; reducir la atmósfera familiar adversa; mejorar la comunicación familiar; potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas; reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia; mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente; ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados, así como una distancia adecuada cuando sea necesario; conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias.

Ahunca Velásquez et al. (2015) recomiendan ofrecer las modalidades de psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales e intervenciones familiares en el tratamiento de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia.

3.5. Abordaje psicoterapéutico

El proceso terapéutico tiene como finalidad principal producir cambios en la sintomatología del individuo. En ese aspecto, el diseño de las intervenciones surgirá de la evaluación clínica que se haya realizado (Pagés & Bregman, 2008).

Si bien los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, ningún síntoma es patognomónico del trastorno (A. P. A., 2014). Esta heterogeneidad ha posibilitado el desarrollo de una serie de terapias, adaptadas a las distintas necesidades y fases de la enfermedad, en combinación con el tratamiento psicofarmacológico (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Actualmente el tratamiento más utilizado es la combinación de medicación antipsicótica y terapia psicológica. Esta última es considerada como adjunta a la terapia farmacológica (Pérez Álvarez, 2012).

Los tratamientos psicoterapéuticos se centran en los efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas, en la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales, la adquisición de habilidades necesarias para una vida independiente, y la reducción del estrés y de la carga familiar (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Independientemente del enfoque psicoterapéutico, para que un paciente que ha presentado episodios psicóticos se pueda beneficiar de la psicoterapia, es fundamental el establecimiento de un adecuado nivel de alianza terapéutica (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015).

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

El deterioro cognitivo es un concepto utilizado para describir la pérdida o la alteración de las funciones mentales como percepción, memoria, aprendizaje, orientación, lenguaje, atención y razonamiento abstracto. Cuando el deterioro es significativo con respecto al nivel previo a la aparición de la enfermedad, genera un importante impacto en el desarrollo de las actividades de la vida diaria del paciente (Russo & Allegri, 2015).

En los individuos diagnosticados con esquizofrenia, los procesos cognitivos de atención, memoria y resolución de problemas, con frecuencia se encuentran más afectados respecto a la media. Y, aunque son eficaces, los medicamentos antipsicóticos, no afectan a los rasgos más incapacitantes de la esquizofrenia, tales como los síntomas negativos y el deterioro funcional. Estas limitaciones, junto con la mala calidad de vida de los pacientes, condujo al desarrollo de la terapia cognitiva como tratamiento adyuvante (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010). Estos autores sostienen que el modelo basado en la recuperación es el que

funciona mejor y que, para adaptar la formulación general a un paciente concreto, se hace necesario contar con una formulación conceptual basada en la sintomatología, en su historia clínica y en las características de su funcionamiento neurocognitivo.

Dentro de las estrategias centrales del modelo cognitivo conductual, el abordaje psicoterapéutico incluye a la rehabilitación cognitiva, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales. A continuación se describe a cada una de ellas.

3.5.1. Rehabilitación cognitiva

Uno de los tres tipos de síntomas que constituyen la esquizofrenia es el trastorno formal de pensamiento. El mismo consiste en diversas formas de empleo extraño de palabras, que incluyen el aflojamiento de las asociaciones, el empleo idiosincrático del lenguaje, el bloqueo del pensamiento (ausencia del empleo de palabras) y la pobreza en el contenido del habla. El trastorno de pensamiento encaja en el modelo cognitivo en cuanto a que es una parte de la respuesta emocional y conductual a los pensamientos automáticos. Para detectar éstos últimos se requiere escuchar con cuidado, realizar preguntas dirigidas y pensar de manera creativa (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010). Los mismos autores sostienen que un mal funcionamiento del ejecutivo central causa, tanto una falta de inhibición adecuada de la difusión de la activación nodal en una red semántica, como una sobreabundancia de activación no filtrada. Y, con ello, la limitación de los recursos atencionales que conducen a la ecolalia, la pobreza de contenido y la falta de guías sintácticas y de referencia.

Uno de los pilares es el tratamiento de los delirios. La estrategia se basa en reducir la convicción y el malestar asociados a las creencias que conducen actualmente a sufrimiento del paciente. En aquellos pacientes con creencias delirantes múltiples, se suele comenzar con el cuestionamiento de aquellas que poseen menor carga. El peligro de intentar socavar una creencia que cuenta con elevada convicción es que puede ser percibida como amenaza por parte del paciente y conducir así a una reactancia psicológica o, tener el efecto paradójico de fomentar el grado de convicción. Idealmente, se aspira a trabajar con las pruebas de la creencia delirante. El objetivo inicial es inculcar un modo de cuestionamiento de creencias (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

Márquez (2007) propone utilizar el diálogo socrático durante toda la psicoterapia. Hace hincapié en que se debe prestar especial atención en cuestionar la evidencia de las creencias, no el delirio en sí, tratando de disminuir la convicción y la influencia de las emociones.

En la teoría del aprendizaje social las creencias de autocompetencia son fundamentales para la motivación, el logro, y la participación en actividades dirigidas a un objetivo. Las personas que consideran que tendrán éxito están más dispuestas a probar nuevas tareas, seleccionar tareas más duras, y dedicar más esfuerzos (Avery, Startup, & Calabria, 2009). Desde otra perspectiva, Beck, Rector, Stolar y Grant (2010) afirman que las actitudes disfuncionales sobre el fracaso y el costo personal de gastar energía, conducen a la pasividad y la evitación de las actividades que requieren esfuerzo, como una defensa contra el fracaso anticipado y las evaluaciones negativas de los demás.

La relación entre los déficits neurocognitivos y un resultado funcional pobre está mediada, al menos parcialmente, por varios factores. Uno de esos factores es la cognición social, que se refiere a los procesos mentales implicados en la percepción, interpretación y procesamiento de la información social, incluyendo el procesamiento de la emoción, la percepción social, la teoría de la mente, la atribución del estado mental y el estilo de atribución o sesgo (Pinkham, et al., 2014).

Poseer una escasa habilidad neurocognitiva también se asocia a contar con una limitada habilidad en varios dominios, por ejemplo: compras, manejo de dinero, utilización del transporte público y demás. Todas ellas son habilidades necesarias para funcionar de manera independiente en la comunidad. Es debido a esto que podemos afirmar que una mejora en la capacidad neurocognitiva puede facilitar un mejor aprendizaje de las habilidades sociales y funcionales que, a su vez, se asocian con un mejor funcionamiento en el mundo real (Granholm, McQuaid, & Holden, 2016).

3.5.2. Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es una intervención psicosocial basada en la evidencia que enseña habilidad es para mejorar el funcionamiento social(Bellack, 2004). Es uno de los procedimientos más ampliamente utilizado y evaluado en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos crónicos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Tiene como objeto impedir la desvinculación social de la persona, procurando un tratamiento cercano a su entorno, ecológico en su planteamiento, y que favorezca el mantenimiento de los diferentes roles sociales que el paciente ejercía(Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013).

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

La técnica terapéutica principal es el ensayo de conducta o juego de roles de conversaciones simuladas. El objetivo primordial es que el paciente pueda relatar las situaciones a partir de la estructura: "Cuando vos haces.... yo siento...". Se espera lograr una mejoría en la comunicación asertiva durante las interacciones sociales. El profesional puede solicitar al paciente, por ejemplo, que le indique cómo podría hacer nuevos amigos, como sería una salida de paseo, como pedir ayuda en clase o para manejar su propio cuidado de la salud. La estructura aumenta la probabilidad de que se hará lo pedido. Al describir el comportamiento específico de otro deja en claro a la otra persona exactamente lo que quiere él o ella hacer(Granholm, McQuaid, & Holden, 2016).

3.5.3. Psicoeducación

Es necesario tener en claro que las intervenciones psicoeducativas no aumentan por sí solas el cumplimiento terapéutico, pero sí sirven de primer paso para aumentar el insight del paciente y, sobre todo, para aumentar su conocimiento sobre la enfermedad y los tratamientos existentes. Asesorar y apoyar a las familias de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia favorece el enfrentamiento a los problemas e influye en la rehabilitación y en el ajuste social, tanto del paciente, como de sus familiares (Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013). Los estudios realizados sobre la falta de adherencia al tratamiento muestran que, los familiares y pacientes que no cumplen, exhiben un menor conocimiento de la enfermedad y un mayor tiempo de evolución (De la Higuera Romero, 2005).

La mayoría de los pacientes arriban a la terapia con una visión internalizada de su experiencia con los síntomas de tipo positivo como "raras", "locas", etcétera y concibiendo que un diagnóstico de esquizofrenia representa "locura", "peligro" y "una carga para la sociedad". Un objetivo importante es, entonces, humanizar o normalizar estas experiencias, mostrando su continuidad con las experiencias ordinarias. Una de las intervenciones frecuentes es aclarar el papel del estrés, de la privación sensorial y también la privación de sueño como provocador de experiencias tales como las voces y creencias delirantes(Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010). Los autores también señalan que otro aspecto consiste en explicar la forma en que se pueden encuadrar las experiencias del paciente dentro de una gradación continua de experiencias comunicadas por la mayoría de la sociedad.

Según Beck, Rector, Stolar y Grant (2010) la psicoeducación comienza por evaluar el grado de introspección del paciente, que puede ser consciente de que los demás no comprenden su habla o no lo entienden. Respecto a los síntomas negativos, los pacientes pueden no reconocer la existencia de los mismos, pero sí son capaces de observar los efectos inmediatos de la abulia y de la falta de sociabilidad.

Ante todo, el terapeuta debe sopesar las consecuencias de mejorar la introspección debido a que, en determinados casos, si el profesional señala las ocasiones en que se reproduce la

sintomatología durante la sesión, puede generarse vergüenza, ansiedad, ira o malestar emocional. De cualquier forma, educar al paciente sobre el modo en que la introspección puede conducir a la mejoría aporta esperanza ya que, una vez conseguida la consciencia de la presencia de síntomas, la psicoeducación se centrará en la explicación de esos síntomas (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

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

4. METODOLOGÍA

4.1. Participantes

X es un paciente de 29 años que ingresó al servicio de admisión del hospital durante el mes de febrero del 2016 y cursó su internación en ese servicio hasta el mes de abril del mismo año, fecha a partir de la que comenzó a ser atendido en forma ambulatoria.

El paciente, al momento de su ingreso, se encontraba desocupado y con nivel de estudios secundario incompleto. Es el segundo de ocho hermanos. Su grupo conviviente está formado por su madre y seis hermanos menores que él, que habitan en una vivienda alquilada, ubicada en un barrio humilde de la zona sur del Gran Buenos Aires.

Existen antecedentes psiquiátricos heredo-familiares por parte de la abuela y del tíopaterno de X, que estuvo internado en distintas clínicas de salud mental.

La madre del paciente refirió que éste mantuvo conductas agresivas con vecinos y familiares. El registro por guardia indica un episodio de excitación psicomotriz y descompensación psicótica presentando riesgo para sí mismo y para terceros. Debido a ello, en ese momento, se determinó la internación de tipo involuntaria.

Habiendo mejorado notoriamente la sintomatología de X, continuó su tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico en forma ambulatoria.

El equipo tratante cuenta con una Lic. Psicología y una Médica Psiquiatra que durante la internación mantuvieron un contacto diario con el paciente y, a partir de la externación, mantienen contacto semanal con el mismo.

4.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el presente trabajo fueron, tanto la observación no participante en el consultorio y los datos de la historia clínica del paciente, como también, entrevistas semiestructuradas realizadas a la psicóloga y a la psiquiatra del equipo tratante.

Los ejes de ambas entrevistas fueron:

- Datos sobre el diagnóstico del paciente
- Diagnóstico diferencial del paciente
- Intervenciones realizadas en el presente caso.

- Diferencias específicas entre el presente caso y los casos más frecuentes en el Servicio.
- Expectativa de adherencia al tratamiento dado el historial del paciente.

Adicionalmente, en la entrevista con la psiquiatra, se abordó justificación de los psicofármacos prescritos.

4.3. Procedimiento

La observación no participante se realizó, durante la internación del paciente, de manera diaria a través de entrevistas del equipo con X y, a partir de la externación, con una frecuencia semanal. El equipo también ha realizado entrevistas con la madre y un hermano del paciente, pero sin mantener una frecuencia regular en las mismas.

Las entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales del equipo tratante fueron tomadas individualmente en horario fuera del laboral, para no interferir en la labor diaria dentro de la institución. La duración aproximada de cada entrevista fue de una hora.

De la historia clínica se recabó información sobre las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, los datos correspondientes a la anamnesis y a la internación anterior e información socio-demográfica.

4.4. Tipo de estudio y diseño

El presente trabajo es descriptivo, de análisis de caso único y carácter cualitativo, de tipo profesional.

5. DESARROLLO

5.1. Algunas consideraciones iniciales

X es un paciente de 29 años de edad, que ingresó en el servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico siendo diagnosticado con esquizofrenia de tipo persecutorio, comórbido con trastorno por consumo de sustancias.

El grupo conviviente de X está compuesto por su madre y seis hermanos menores. El sostén económico depende de la madre y de una de sus hermanas. La primera trabaja como empleada doméstica a tiempo completo y, la hermana, abrió un quiosco en la propia casa.

El padre se encuentra viviendo hace cuatro años en una provincia. Luego de su partida no mantuvo comunicación alguna con ningún integrante de la familia. Al respecto, considerando lo sostenido por Ochoa et al. (2011) sobre el impacto de la estigmatización en los sentimientos de culpa del enfermo, X sostiene que su padre se fue debido a que discutía mucho con él.

En una posterior entrevista con el equipo, la madre de X refiere haberse sentido aliviada por la internación de su hijo. Sin embargo, en discrepancia con lo que sostiene Jankovic et al. (2011), no demostró preocupación por lo que le pudo suceder a X durante la internación hospitalaria.

Stevens, Prince, Prager y Stern (2014) previenen a los profesionales acerca de los factores culturales, intelectuales y de desarrollo que influyen y que deben ser tenidos en cuenta durante el diagnóstico. En ese aspecto, y más en este caso en el que también existe consumo de sustancias, el equipo en su conjunto coincidió en abstenerse de indicar un diagnóstico antes de las dos semanas del ingreso de X en el servicio. Durante ese periodo la psiquiatra sostuvo que la estrategia farmacológica estuvo basada en los síntomas del paciente, mientras que para la psicóloga, el trabajo en esa instancia es, principalmente, de contención y soporte, brindando al paciente y a los familiares un espacio donde puedan sentirse escuchados.

5.2. Análisis del proceso realizado en el servicio de admisión con el que se arribó al diagnóstico de esquizofrenia del paciente.

A continuación se describirán y se analizarán los pasos realizados en el servicio de admisión con el fin de identificar la elaboración del diagnóstico, que ha posibilitado tomar la decisión sobre la estrategia de tratamiento, y la continuidad del mismo, a través de consultas ambulatorias.

De la historia clínica se extrae información respecto al ingreso por guardia. Según el registro, X se presentó acompañado por su madre en el servicio del hospital durante el horario nocturno, donde se pudo identificar, en base a las características indicadas por la subsecretaría de redes asistenciales del ministerio de salud de Chile (2008), un episodio de agitación psicomotriz caracterizado por ideas de tipo persecutorias y conductas de agresión para con sus vecinos. Cumpliéndose así, el criterio de riesgo cierto e inminente para terceros (Ley N° 26.657, 2010). Los profesionales del servicio de guardia indicaron medicación de tipo antipsicótica vía intramuscular en orden de aliviar la sintomatología y procedieron a derivarlo al servicio de admisión.

Al momento de la evaluación desde el servicio, fue necesario considerar el registro de la intervención realizada por los profesionales de guardia. Principalmente, y coincidiendo con Chinchilla Moreno (2007), debido al impacto que toda intervención, psicoterapéutica y/o farmacológica, ocasiona en la presentación del cuadro.

Dado que un adecuado nivel de alianza terapéutica con el equipo tratante influye positivamente en el tratamiento (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015), al comienzo de la primera entrevista, la psiquiatra dedica los primeros minutos a presentar al equipo tratante asignado, indicando la disponibilidad del mismo para cualquier situación en la que X pueda requerir asistencia. A partir de ello, comienza la evaluación semiológica partiendo de los puntos considerados por la subsecretaría de redes asistenciales del ministerio de salud de Chile (2008), donde se registra la presencia de una ligera somnolencia, una actitud pasiva y un aspecto desordenado. Se evaluó la orientación a partir de preguntas como la fecha y el lugar en la que se encontraba, a las que el paciente aludió desconocimiento. Luego de ambas consultas se le informó la fecha y se le indicó que se encontraba en un hospital neuropsiquiátrico.

Al consultarle si conocía el motivo de internación respondió negativamente, aunque luego sostuvo, que sus vecinos no querían que él esté tranquilo y “por eso venían haciéndole la vida imposible desde hace un tiempo”. Se mostró preocupado y sosteniendo una posición de veracidad en la que, si se le consultaba sobre lo mismo nuevamente comenzaba a irritarse. El valor de verdad asignado y su defensa férrea hizo que sea considerada una idea de tipo delirante y de contenido persecutorio, según los criterios recomendados en el DSM-5 (A. P. A., 2014) al momento de discernir entre una creencia firme y una idea delirante. El paciente además mostró lentitud en las respuestas y pobreza en el contenido del habla.

Luego de finalizar la primera entrevista, la psiquiatra propone mantener como motivo de internación el mismo que fue indicado por la guardia, y la psicóloga se muestra conforme con ello. Se completa el motivo como descompensación psicótica con conducta heteroagresiva en el informe de 48 horas que requiere la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) según la internación de tipo involuntaria.

Si bien, a su ingreso, el paciente negó alteraciones de tipo sensorio-perceptivas, al entrevistar a su hermano, este último refirió haberlo escuchado a X discutir sólo y gritar a los vecinos por ruidos molestos que nunca acontecieron. En esa instancia el equipo se abstuvo de considerarla presencia de alucinaciones como posible síntoma debido a que, en base al historial de consumo de THC del paciente, las alucinaciones pueden haber sido causadas por un cuadro de intoxicación (Radhakrishnan, Wilkinson, & D'Souza, 2014) pero luego, al segundo día de su internación, X indicó escuchar voces que provenían desde dentro de su cabeza y le advertían sobre la peligrosidad de brindar información a los profesionales del equipo.

Durante el diagnóstico fue necesaria la evaluación de conductas de consumo referidas por la familia y por lo registrado en la historia clínica en el anterior ingreso, para descartar que el episodio psicótico haya sido inducido por un abuso de sustancias (Damin, 2010). En ese

aspecto, al momento de realizar el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y trastorno psicótico inducido por sustancias, fue vital la consideración recomendada por el DSM-5 (A.P.A., 2014) respecto a la relación cronológica entre el uso de THC y la remisión de los síntomas ya que, X sostuvo haber dejado de consumir cannabis diariamente, disminuyendo la frecuencia un mes antes a la internación, y negando haber consumido durante la semana previa al ingreso. Ello pudo ser validado por los análisis clínicos efectuados que constan en la historia clínica del paciente. Respecto a los análisis complementarios, el equipo solicita como rutina al ingreso, tanto para descartar origen orgánico como para identificar la existencia de enfermedades clínicas, análisis de orina, de sangre, radiografías de tórax, electrocardiograma y electroencefalograma. Exámenes que no han dado cuenta de ninguna irregularidad clínica en X.

En entrevista con la madre se relevó la existencia de historial familiar psicopatológico. La abuela y el tío paterno de X, ya fallecidos ambos, estuvieron internados en hospitales neuropsiquiátricos habiendo sido diagnosticados con esquizofrenia. En base a esa información, se hace pertinente destacar que según Radhakrishnan, Wilkinson y D'Souza (2014) el consumo de cannabis podría haber inducido a X en el desencadenamiento de la enfermedad teniendo como base la existencia de un factor de vulnerabilidad genético.

Respecto al desarrollo laboral, X sostuvo que han pasado tres años de su último trabajo en una panadería y que nunca estuvo en un lugar demasiado tiempo. Logró cumplir un año en un sólo trabajo. Al indagar sobre los motivos de la falta de estabilidad laboral el paciente indicó que siempre fueron trabajos irregulares y que, frecuentemente, terminaba teniendo problemas por el horario, y porque ya no soportaba que le indicaran qué hacer. Características, éstas últimas, destacadas por Damin (2010) como posibles signos de abuso en el consumo de sustancias.

Luego de indagar respecto a su actividad anterior a la internación, el paciente dio cuenta que no dedicaba su tiempo a nada debido a que no existía cosa alguna que le llamara la atención. Al momento de abordar el diagnóstico el equipo identificó que los síntomas anteriormente descritos coinciden con la descripción brindada por el DSM IV-TR (APA, 2014) de una esquizofrenia de tipo paranoide en comorbilidad con un trastorno por consumo de sustancias. Coincidiendo con Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2001) el haber arribado al diagnóstico de la enfermedad posibilitó, además de la definición del abordaje farmacológico, el desarrollo de la estrategia terapéutica centrada en la necesidad del paciente y en las características de la enfermedad.

Luego de transcurrido un mes de tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico, y habiendo obtenido una mínima respuesta sintomática con la utilización de dos esquemas de tratamiento antipsicótico diferentes, con una duración de dos semanas cada uno, se caracterizó el caso como resistente al tratamiento farmacológico. Sin embargo, no se cumplió con las cuatro semanas indicadas por Lehman et al. (2004) como el tiempo mínimo de mantenimiento de cada esquema para caracterizar un caso de ese tipo.

5.3. Descripción de las intervenciones realizadas por los integrantes del equipo tratante.

El servicio de admisión se caracteriza por trabajar con pacientes que ingresan durante el período agudo de la enfermedad. Según Jankovic et al. (2011), es en ese período en el que los familiares suelen recurrir a la contención brindada por una institución hospitalaria de este tipo. El caso fue abordado desde lo farmacológico y lo psicoterapéutico a diario y luego, puntualmente a partir de interconsultas con los distintos servicios del hospital, interactuando de una forma frecuente con clínica médica y servicio social.

Dado que las entrevistas han sido siempre en equipo, que las intervenciones de los profesionales no se encuentran delimitadas en forma explícita, y que se toman decisiones en conjunto respecto a la estrategia terapéutica, se procede con el desarrollo de las intervenciones realizadas por el equipo sin diferenciar los tipos de abordaje por sub-

apartados.

Goldsmith, Lewis, Dunn, y Bentall (2015) destacan la importancia de establecer una fuerte alianza terapéutica, respecto a ello el equipo constantemente mostró disponibilidad e interés en el paciente intentando dar cuenta que el objetivo de su estadía en el dispositivo se centraba en la mejoría de su estado. Si bien se intentó dejar esto último siempre en claro, debido a la falta de conciencia de enfermedad que caracteriza al paciente diagnosticado con esquizofrenia (Moriani Elvira, Alarcón Pulido, & Herruzo Cabrera, 2004) se trabajó diariamente en hacer observable la preocupación del equipo por X.

Coincidiendo con Owen, Sawa y Mortensen (2016), las intervenciones farmacológicas apuntan, mayormente, a la disminución en la expresión de los síntomas de tipo positivo, en el caso de X, las ideas delirantes de tipo persecutorio y las alucinaciones auditivas. Es así que el servicio de guardia interviene farmacológicamente indicando la administración vía intramuscular de un antipsicótico como el haloperidol, para tratar las alucinaciones y los delirios, una benzodiazepina como el lorazepam, y un hipnótico como la prometazina. Estos últimos, con el objetivo de disminuir el cuadro de agitación psicomotriz presentado al ingreso de X.

En la primera entrevista, y luego de efectuada la evaluación semiológica, terapéuticamente se intentó establecer un vínculo caracterizado en la confianza y el respeto a la experiencia que estaba transitando X. La psicóloga sostuvo que, a partir de esa posición de colaboración y de aceptación del otro, es que en los siguientes encuentros X pudo llegar a contar con ciertos recursos. Reconoció que el tiempo es muy limitado, pero entendió que una posición desafiante en la instancia de la primera entrevista, puede ser nociva a posteriori.

Luego de efectuada la primera entrevista al paciente, la psiquiatra del equipo, decidió indicar la administración de seis ampollas diarias de haloperidol 5mg y tres ampollas diarias de lorazepam 4mg distribuidas entre mañana, tarde y noche para disminuir el cuadro de fase activa.

El día del ingreso de X al servicio, el equipo mantuvo una entrevista con su madre y con uno de sus hermanos, quienes indicaron que el paciente había estado hablando sólo, con un contenido de discurso de tipo agresivo, durante cuatro semanas aproximadamente, pero que las conductas de ese tipo comenzaron unos días atrás. Durante la entrevista, la psicóloga buscó trabajar sobre la conciencia de enfermedad de X, y explicar que algunas de las conductas del paciente deben ser encuadradas en ese contexto. El objetivo de la intervención estuvo basado en disminuir la presencia de comentarios hostiles y quejas sobre X en el contexto familiar ya que, como indicó Weiden (2016) los pacientes son particularmente sensibles a comentarios críticos y hostiles.

Durante el segundo encuentro, la psicóloga continuó con la intención de generar una alianza terapéutica sólida. Comenzó a mostrarse comprensiva con la situación de X, quien comenzó a aumentar su frecuencia respiratoria. Al notarlo, la profesional decidió dejar de efectuar preguntas en la entrevista. Al finalizar el encuentro diario, la médica psiquiatra, en base a la somnolencia presentada por X, decidió quitar una de las ampollas de lorazepam de 4mg y agregar tres comprimidos de ácido valproico 250mg. Posteriormente, durante la entrevista semiestructurada, la profesional le explicó que el ácido valproico, generalmente utilizado como anticonvulsivo y estabilizador del ánimo, en este caso se indicó por observar impulsividad contenida en el paciente. Los siete días siguientes se mantuvo el mismo plan farmacológico.

En la tercer entrevista, X se muestra más colaborador, la psicóloga decidió consultarle sobre su relación con el grupo conviviente sin lograr que el paciente responda a las preguntas efectuadas. La psicoterapeuta sostuvo luego que, a partir de la rehabilitación cognitiva basada en el abordaje de los síntomas positivos, su objetivo era poder comenzar a guiar a X, en la búsqueda de evidencia sobre ciertos juicios cotidianos sostenidos por él. En este aspecto, y según Beck, Rector, Stolar y Grant (2010), el objetivo inicial para el tratamiento de los delirios es poder inculcar un modo de cuestionamiento de creencias. Dado que el paciente continuó reticente a brindar información personal, la psicóloga postergó la utilización esa técnica hasta contar con mayor colaboración. Sin embargo, antes de finalizar el encuentro, la psicóloga le preguntó a X si, siendo niño, solía jugar a algo. A la respuesta afirmativa de X, la psicóloga

decide dar por finalizada la entrevista. La profesional indicó que realizó esa pregunta para evocar un momento lúdico del paciente con la intención de poder incrementar el sentimiento de auto competencia, fundamental para la motivación (Avery, Startup, & Calabria, 2009). Durante los encuentros posteriores, con el objetivo de desarrollar recursos que posibilitaran una mejora de la adherencia al tratamiento, el equipo trabajó con técnicas psicoeducativas para aumentar el insight del paciente. Al respecto, se hizo énfasis en el fomento de la identificación y la verbalización sintomática. En orden de evaluar el grado de introspección, se le preguntó a X respecto a cómo sentía su habla. El paciente sostuvo que tenía dificultades en poder armar frases, y se observó que ello muchas veces lo frustraba, generando cierta reticencia al diálogo. Como parte de la misma estrategia, se le solicitó que indicara si pudo identificar algún cambio durante esos últimos días, y se trabajó la importancia de poder dar cuenta de lo que ocurre y poder pedir ayuda al equipo. Beck, Rector, Stolar y Grant (2010) indican al respecto que el anterior ejercicio debe siempre hacerse con cuidado de no generar malestar durante la sesión y que, educar al paciente sobre el modo en que la introspección puede conducir a la mejoría, es el primer paso de la psicoeducación.

Luego de transcurrida una semana de internación, y si bien X no demostró una mejoría importante en los síntomas, ya que continuó dando cuenta de alucinaciones auditivas e ideas de tipo persecutorias, desde el equipo se consultó al paciente si se encontraba dispuesto a cumplir con la toma de la medicación. Ante la respuesta afirmativa de X, la psiquiatra decidió pasar la medicación a vía oral. La profesional luego sostuvo que considera que el pasaje a vía oral de la medicación es una importante intervención. "El paciente muchas veces lo entiende como un voto de confianza. Se trata de una tarea que se le da, una pequeña responsabilidad que impacta en su autoestima." El plan farmacológico pasó a vía oral manteniendo los mismos fármacos. Constando entonces, en tres comprimidos diarios de haloperidol 10mg y lorazepam 2,5mg y dos comprimidos diarios de ácido valproico 500mg. Plan farmacológico que se mantuvo durante una semana.

El equipo observó que los integrantes de la familia sólo mantuvieron contacto con los profesionales el día del ingreso de X a la institución. Debido a que la atención se brinda durante la mañana, se le consultó al paciente si había recibido alguna visita. Ante su negativa, se le solicitó que, de recibir visitas durante un horario en el que no se encuentre el equipo, le informe sobre la intención por parte de los profesionales de mantener una entrevista. Adicionalmente, se efectuó una llamada telefónica a la madre del paciente, quien avisó que durante la semana se iba a acercar al servicio.

Durante la entrevista con la madre del paciente, se brindó información sobre las características del trastorno y el impacto que el mismo puede tener sobre la conducta de X. El equipo posibilitó un espacio en donde la mujer pudo hablar sobre los problemas que existían dentro del hogar y de la relación entre X y su padre. El objetivo del encuentro fue identificar los conflictos existentes y asesorar a la madre del paciente en pos de mejorar la comunicación familiar, uno de los aspectos que ayudan en la rehabilitación social de pacientes con esquizofrenia (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013). Al respecto, se brindó información sobre diferentes asociaciones que brindan ayuda a la familia como APEF (Asociación de Ayuda Para la Esquizofrenia).

Al décimo día de la internación, el equipo observó que X comenzó a presentar una extensión dorsal inusual y llamativa quedando de cara hacia arriba. La psiquiatra del equipo decidió efectuar interconsulta con los servicios de neurología y clínica médica. Ambos servicios refirieron no haber hallado la etiología del síntoma.

La extensión dorsal presentada por X mostró la particularidad de ser rebatida por el paciente al momento de indicarle sobre su postura. Ello llevó a la psicóloga considerar el síntoma motor como un manierismo. En base a su aparición, y a la poca respuesta sintomatológica observada en X, se decidió realizar un cambio de antipsicótico. En lugar del haloperidol 10mg, se comenzó a administrar risperidona 2mg, manteniendo la toma del lorazepam y el ácido valproico. Durante la entrevista con la psiquiatra, esta última descartó que se haya tratado de una distonía y sostuvo que pudo haber sido tanto un manierismo como un síntoma motor del cuadro. "Cualquiera haya sido el origen, reemplazamos el haloperidol por otro antipsicótico

pero de segunda generación como la risperidona porque suelen tener menos efectos adversos motores”.

Respecto al abordaje psicoterapéutico, X comenzó a brindar mayor información sobre la situación vincular con los miembros de su familia. Con cuidado de no poner en cuestión las creencias del paciente, se trabajó desde la rehabilitación cognitiva, sobre la evidencia que el mismo presentaba con el objetivo de disminuir la convicción y, de esa manera, debilitar la influencia que estas creencias tenían sobre la conducta (Márquez, 2007). Se continuó, también, a partir de la aplicación de psicoeducación, desarrollando la capacidad de identificar y verbalizar la sintomatología que X estaba sintiendo, apuntando a aumentar el registro que el paciente poseía de su cuerpo.

Debido a que el equipo observó que X continuaba sin recibir visita, se citó nuevamente a la madre para recabar información respecto a los recursos familiares con los que podía contar el paciente para su tratamiento. Los datos brindados por la madre dieron cuenta de la falta de recursos familiares para la contención afectiva de X. La psiquiatra sostuvo al respecto que “por más que la familia exista, y aparezca de vez en cuando, no significa que lo contengan”.

Las dos semanas siguientes al cambio del esquema farmacológico, el paciente continuó sin presentar un avance significativo en la sintomatología. El síntoma motor se mantuvo durante ese tiempo y X refería seguir con alucinaciones de tipo auditivas. La psiquiatra decidió entonces, realizar un tercer cambio de esquema farmacológico basado en el reemplazo de risperidona por clozapina. Este último antipsicótico, como sostiene Elkis y Buckley (2016) es el de elección para los tratamientos de esquizofrenia de tipo resistente. Si bien para Tiihon et al. (2006) la administración de clozapina genera un menor riesgo de discontinuación de tratamiento, la psiquiatra del equipo, durante la entrevista semiestructurada, reconoció haber dudado de la administración de ese antipsicótico porque consideró que, dadas las características del paciente y de su familia, una vez externado no iba a cumplir con los controles hematológicos requeridos para continuar con la administración de clozapina, ya que durante el tratamiento con este psicofármaco debe efectuarse, inicialmente con una frecuencia semanal, el conteo de glóbulos blancos para prevenir una posible agranulocitosis (Elkis y Buckley, 2016).

Según Drake, Xie, McHugo y Green (2000), la utilización de clozapina demostró también, ser efectiva para disminuir el consumo en aquellos pacientes que presentan patología dual.

Luego de que el paciente firmó el consentimiento informado requerido por el programa de fármaco-vigilancia intensiva del A.N.M.A.T., se realizó un hemograma con el conteo de 7600 glóbulos blancos y se ajustó el plan farmacológico, indicando dos comprimidos diarios de clozapina 100mg y de ácido valproico 500mg, y tres comprimidos diarios de lorazepam 2,5mg. Con el cambio de esquema farmacológico, los síntomas del paciente comenzaron a evolucionar favorablemente. X pudo sentir la mejoría refiriendo que ya no escuchaba las voces, y que podía conciliar el sueño con mayor facilidad.

La psicóloga del equipo comenzó, entonces, a realizar ciertas variaciones a la práctica que se sostenía a partir de la verbalización de la sintomatología. El objetivo cambió hacia una mejora en la asertividad de X, a partir de la utilización de un ejercicio basado en el entrenamiento en habilidades sociales. El ejercicio consistió en que el paciente identificara lo que le sucedía cuando los integrantes del equipo le hacían comentarios. La licenciada indicó que, “si bien no se pudo lograr un avance al respecto, siempre es necesario dar lugar a cierto registro del otro”. Según Granholm, McQuaid y Holden (2016) describir el comportamiento de otro permite explicitar y aclarar lo que entiende que quiere hacer.

El equipo notó que, con el paso de las entrevistas, X logró expresar ciertas cuestiones que lo molestaban, como por ejemplo, que implicaba una carga para él tener que depender económicamente de los demás. En base a eso se explicó que, de requerirlo, el servicio social del hospital podía tramitar una pensión no contributiva. De todas maneras, desde el servicio, se sugirió al paciente que esperara a la externación y el comienzo de las consultas ambulatorias, para observar si su desempeño le permitía encontrar una actividad a desarrollar y, de esa forma, evitar la necesidad de una pensión. Se acordó la búsqueda de alternativas para que la pensión no contributiva sea el último recurso.

Durante la estadía de X en el servicio de admisión, el equipo trabajó con el objetivo de aumentar el insight del paciente a través de la implementación de estrategias psicoeducativas, de lograr una mejoría en la asertividad basándose en el entrenamiento en habilidades sociales y de comenzar con la rehabilitación cognitiva a partir del aprendizaje de un modo de cuestionamiento de creencias.

Luego de pasado diez días del último cambio de esquema farmacológico y, al haber observado una notable mejoría de los síntomas que ocasionaron la internación, se contactó a la madre del paciente. Al presentarse, luego de indicarle los horarios de toma de medicación y brindarle las recomendaciones correspondientes, se procedió a realizar un permiso de salida por dos días.

Al regreso del permiso, y debido a que la madre de X aseveró haber cumplido con las indicaciones del equipo, se efectuó el alta institucional citando al paciente a los dos días para control y realización de hemograma.

5.4. Análisis del rol del contexto familiar y social con el recurrente abandono del tratamiento del paciente.

Durante el tiempo que duró la internación de X en el servicio de admisión, se observaron frecuentes conductas de desapego a las indicaciones referidas por los profesionales del equipo por parte del paciente y de la madre de este último. Dado que la adherencia al tratamiento es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones de un prestador de asistencia sanitaria (OMS, 2013), tomó importancia el análisis de rol cumplido por el contexto familiar y social.

Al respecto, la psicóloga sostuvo que el paciente contaba con muy limitados recursos simbólicos y esto, muchas veces, le impidió responder a las consignas indicadas por el equipo tratante. En relación a ello, durante la entrevista individual, la psiquiatra afirmó que el paciente "era como un niño" y que la familia debía ejercer un rol activo de contención marcando el cumplimiento de las pautas de cuidado pero no lo hacía.

Díaz Porto Robles (2014) manifestó que uno de los predictores más relevantes de falta de adherencia terapéutica es la falta de apoyo desde la familia. Debido a ello, durante las intervenciones que figuran en el apartado anterior se insistió en trabajar con los familiares pero, en el caso de X, de las seis personas que integraban el grupo conviviente, sólo se presentó la madre en tres oportunidades y uno de los hermanos el día de su ingreso en el servicio.

La madre manifestó de forma recurrente la falta de tiempo que tenía para poder dedicarse a la atención del paciente. La misma refiere trabajar durante todo el día y no poder contar tampoco con ninguno de sus hijos para brindarle ayuda, aunque ya todos son adultos. Da cuenta de que, si bien desde que se separó y su esposo se fue empeoró, nunca ha existido una figura de autoridad clara en el hogar.

La relación entre la hermana que gestiona el kiosco en la casa y X era tensa porque, según sostuvo la madre, X expulsaba con frecuencia a los clientes. En consecuencia, su hermana lo enviaba al fondo de la casa. Esta conducta fomentaba el aislamiento, el estigma y también las exacerbaciones sintomáticas del paciente (De la Higuera Romero, 2005).

Es importante destacar que durante las entrevistas, X llegó a expresar que creía que el alejamiento de su padre del ámbito familiar fue consecuencia de su enfermedad. Haber resaltado la actitud de rechazo por parte de su padre da cuenta de su concepción estigmatizante, no pudiendo encontrar otras respuestas que estén más allá de su enfermedad (Solano Murcia & Vasquez Cardozo, 2014).

Respecto de las actividades diarias que desarrollaba el paciente, él mismo relató que no tenía amigos, y que la última actividad en grupo que recordaba eran las juntadas en la plaza para consumir. Su madre, posteriormente agregó que hacía prácticamente un año que no realizaba actividades fuera de su hogar, siendo las últimas veces casi imposible sacarlo. Sobre el comportamiento de X en las diversas actividades familiares como aniversarios y cumpleaños, la madre explicó que, en la familia, no solían brindarle atención a esas fechas, pero en el caso

en que existiera algún evento familiar, X siempre evitaba exponerse.

El conocimiento que tenía la referente de hogar sobre la esquizofrenia convalidó lo indicado por De la Higuera Romero (2005) en relación a que los familiares de los pacientes que no cumplen con el tratamiento en general exhiben un menor conocimiento acerca de la enfermedad.

La psicóloga del equipo sostuvo que el caso de X se corresponde con la mayoría de las historias del hospital. “El seguimiento día a día de una persona es desgastante. Ello sumado también, al impacto que implica aceptar que esa persona es parte de la familia.” En este aspecto consideró de fundamental importancia el acompañamiento y soporte psicoterapéutico de la madre y de los familiares. De acuerdo con Montaña, Nieto y Mayorga (2013) dicho soporte influye notablemente en la rehabilitación del paciente y la familia.

Por último, se logró identificar que frecuentemente existían ciertas conductas para con el paciente dentro de su hogar, tales como la hostilidad por parte de sus hermanos, la crítica y la indiferencia, que influyeron negativamente en la expresión sintomática. Las conductas de este tipo ante los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que se caracterizan por ser particularmente sensibles a comentarios hostiles y críticos (Weiden, 2016), impactaron aumentando la estigmatización y el sentimiento de culpa percibido por X. En ese aspecto fue fundamental la psicoeducación brindada a la madre para posibilitar la comprensión sobre ciertas conductas de paciente que no se ajustaban a sus expectativas, al mismo tiempo que, las actividades respecto a la identificación y verbalización de síntomas realizada con el paciente, para dar cuenta del impacto que genera la enfermedad en el quehacer diario.

6. CONCLUSIONES

6.1. Resumen del desarrollo

A partir del desarrollo del presente trabajo se ha podido observar el proceso a través del cual, en el dispositivo de admisión de un hospital neuropsiquiátrico, se arribó al diagnóstico de un paciente con esquizofrenia de tipo paranoide comórbido con trastorno por consumo de sustancias, comprendiendo las intervenciones efectuadas por parte del equipo tratante desde el ingreso en la institución, desde la modalidad de internación involuntaria, hasta su alta para tratamiento ambulatorio, una vez compensado el cuadro de excitación psicomotriz que motivó la hospitalización.

Con el propósito de analizar el proceso llevado a cabo para arribar al diagnóstico de X, se registró el material a través de las entrevistas diarias con el paciente y la información proporcionada por la familia y por la historia clínica. El diagnóstico ha sido determinado a partir de los criterios sugeridos por el DSM IV-TR (APA, 2002).

Es en base al diagnóstico que se han diseñado las intervenciones descritas en el presente trabajo. Las mismas estuvieron basadas, principalmente, en el abordaje farmacológico y psicoterapéutico del paciente.

El abordaje farmacológico ha constado de tres esquemas de medicación distintos dando lugar a la caracterización del caso como esquizofrenia resistente (Elkis y Buckley, 2016). Mientras que el abordaje psicoterapéutico se ha basado en la aplicación de las técnicas de rehabilitación cognitiva, psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales.

Se ha analizado también el rol que cumplió la familia en relación a los reiterados abandonos de tratamiento por parte del paciente. Al respecto se convalidó que, cuando el paciente ha experimentado una fuerte percepción de sus vivencias como estigmatizantes, consideró la necesidad de supervisión y sobreprotección de su familia y, dada la falta de apoyo que existió por parte de su familia, el mismo terminó siendo uno de los predictores más relevantes de la falta de adherencia terapéutica.

6.2. Limitaciones

En primer lugar, al momento de referirse a las limitaciones del trabajo, han surgido algunas cuestiones respecto a los obstáculos presentados para las intervenciones familiares dada la poca disponibilidad de los miembros de la familia.

Adicionalmente, otra de las limitaciones ha sido la urgencia dentro de la dinámica de atención hospitalaria. En muchas ocasiones, dicha premura dificultó la sistematización de lo aprehendido durante la práctica.

Por otro lado, debido a la propia naturaleza del dispositivo, donde existe una rotación constante, y la mayor parte de los pacientes se encuentran experimentando síntomas agudos, se ha hecho dificultoso sostener el encuadre dentro del consultorio, cuando, insistentemente, otros pacientes demandan ser atendidos llamando a la puerta.

Finalmente, es necesario destacar que, resultó dificultosa la realización de un ajuste de la práctica diaria al material teórico.

6.3. Perspectiva crítica

Durante el desarrollo del presente trabajo, lo que respecta a las funciones de cada rol en una institución como el hospital público, no pocas veces se ha encontrado a un profesional de salud mental realizando tareas que tenían que ver, más con la demanda burocrática, que con la demanda propia del paciente. Ello ha implicado destinar menor cantidad de tiempo a la atención asistencial e impactó de forma directa en el tiempo dedicado a la asistencia familiar.

Por otra parte, al ingreso de X en la institución, se hizo dificultoso el establecimiento de un adecuado nivel de alianza terapéutica debido, principalmente, a la resistencia farmacológica del síntoma delirante de tipo persecutorio, y luego, cuando los síntomas positivos

disminuyeron notablemente, el paciente ya no cumplía con los criterios establecidos por la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) para continuar con su internación y regresó a su hogar. En pacientes que no presentan conciencia de enfermedad ni poseen una familia que los contenga, la externación limita considerablemente los tiempos de trabajo psicoterapéutico. Finalmente, se considera necesario destacar el lugar que la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010), específicamente en sus artículos 27 y 28, le ha dejado a los hospitales monovalentes. Los mismos han quedado entre la figura de la atención comunitaria y la figura de atención en hospitales polivalentes. En ese aspecto, se observa una importante falta de recursos que, muchas veces sabe ser suplido por los profesionales, pero que tantas otras, solicita la existencia de dispositivos alternativos para un trabajo integral con familiares y pacientes.

6.4. Aporte personal

Principalmente se considera inestimable el aporte que brinda haber realizado la práctica en un hospital público de este tipo, que permitió el aprendizaje y permitió el espacio para realizar intervenciones.

Se logró comprender el funcionamiento del hospital psiquiátrico y la importancia de la colaboración entre los profesionales de diferentes especialidades. Específicamente, desde el equipo de admisión, se pudo valorar la importantísima función que cumple el acompañar y contener, tanto a un paciente que cursa un cuadro agudo, como a su familiar o allegado.

El trabajo brindó la posibilidad de tomar conciencia sobre el impacto que tiene la estigmatización sobre el enfermo mental, su familia y el abandono frecuente del tratamiento. En este aspecto, y más allá de lo legal, se considera fundamental el desarrollo de políticas de inclusión que destinen recursos, no sólo a la creación de nuevos dispositivos, sino también, a estrategias culturales que trabajen en la desestigmatización de la enfermedad mental y el fortalecimiento de los lazos familiares.

Desde el abordaje clínico, se propone tener en cuenta lo sostenido por Weiden (2016) en cuanto a la necesidad del manejo de la frustración por parte de los profesionales frente a los pacientes que abandonan el tratamiento en forma recurrente. En este aspecto, se considera necesario dar a comprender el interés del profesional en el bienestar y la mejoría del paciente. Ello implica, ante todo, un esfuerzo por mejorar la alianza terapéutica.

6.5. Nuevas líneas de investigación

Como consecuencia del presente trabajo surgieron nuevas áreas de interés que constituyen perspectivas de futuras investigaciones. Al respecto, se propone la investigación de aquellos aspectos que puedan mejorar el nivel de alianza terapéutica en los dispositivos de urgencia hospitalaria y su relación con la adherencia al tratamiento.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahunca Velásquez, L. F., García Valencia, J., Bohórquez Peñaranda, A. P., Gómez-Restrepo, C., Jaramillo González, L. E., & Palacio Acosta, C. (2015). Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(suppl. 1), 75–89.
- Angosto Saura, T., Fernández Sastre, J. L., Arnillas, H., Gastañaduy, J., Teijeira, J. R., & Olivares, J. M. (1996). Comorbilidad y esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 021-038.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Panamericana.
- Avery, R., Startup, M., & Calabria, K. (2009). The role of effort, cognitive expectancy appraisals and coping style in the maintenance of the negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry research*, 167(1), 36-46.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Bellack, A. S. (2004). Skills Training for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.
- Bleuler, E. (2011). *Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Avellaneda: Polemos. Publicación original de 1911.
- Cassidy, E., Hill, S., & Callaghan, O. (2001). Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *European Psychiatry*, 16(8), 446-450.
- Chinchilla Moreno, A. (2007). *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Consejo de Redacción. (1996). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(60), 565-662.
- Damin, C. (2010). *Abuso de sustancias psicoactivas, un problema de salud pública*. Obtenido de Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires -Departamento de Toxicología y Farmacología: www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/abuso_sustancias_amm.pdf
- De la Higuera Romero, J. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 275-292.
- Delbello, M. P., Lopez-Larson, M. P., Soutullo, C. A., & Strakowski, S. M. (2001). Effects of race on psychiatric diagnosis of hospitalized adolescents: A retrospective chart review. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 11(1), 95-103.
- Díaz Porto Robles, M. L. (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Griot*, 7(1), 73-84.

-Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(02), 441-449.

-Duke, P. J., Pantelis, C., McPhillips, M. A., & Barnes, T. R. (2001). Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 509-513.

-Elkis, H., & Buckley, P. F. (2016). Treatment-Resistant Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(2), 239-265.

-Granholm, E. L., McQuaid, J. R., & Holden, J. L. (2016). *Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: A Practical Treatment Guide*. New York: Guilford Publications.

-Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, 45(11), 2365-2373

-Häfner, H., & Maurer, K. (2006). Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras. *World Psychiatry*, 4(3), 130-138.

-Honer, W. G., Thornton, A. E., Chen, E. Y., Chan, R. C., Wong, J. O., Bergmann, A., . . . Procyshyn, R. (2006). Clozapine Alone versus Clozapine and Risperidone with Refractory Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 354(5), 472-482.

-Hospital psicoasistencial interdisciplinario J. T. Borda. (10 de Agosto de 2016). Obtenido de <http://www.hospitalborda.com.ar/txt/PROGRAMA%20SCIO%20ADMISION.doc>

-Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., . . . Priebe, S. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives –a Qualitative Study. *PLoS ONE*, 6(10), e25425. doi:10.1371/journal.pone.0025425

-Kane, J. M., Leucht, S., & Carpenter, D. (2003). Expert Consensus Guidelines for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. *J Clin Psychiatry*, 64(Suppl 12), 95-100.

-Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*, 161(2 SUPPL.), 1-56.

-Leucht, S., Correll, C. U., & Kane, J. M. (2011). Approaches to Treatment-Resistant

Patients. *Schizophrenia*, 540-560. doi:10.1002/9781444327298.ch26

-Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., . . . Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382(9896), 951-962.

-Ley N° 26.657 Ley Nacional de Salud Mental . (03 de Diciembre de 2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*. Buenos Aires.

-Márquez, C. (2007). Psicoterapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Vertex*, 18(Sup. Especial), 38-42.

- McCabe, R., Healey, P. G., Priebe, S., Lavelle, M., Dodwell, D., Laugharne, R., . . . Bremner, S. (2013). Shared understanding in psychiatrist–patient communication: Association with treatment adherence in schizophrenia. *Patient education and counseling*, 93(1), 73-79.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Moriana Elvira, J. A., Alarcón Pulido, E., & Herruzo Cabrera, J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16(03), 436-441.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (111), 477-489.
- Organización Mundial de la Salud. (04 de junio de 2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial De La Salud. (11 de septiembre de 2003). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Obtenido de OMS: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270
- Organización Mundial De La Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86 -97.
- Pagés, S., & Bregman, C. (2008). Crisis de angustia: La fragilidad frente a la amenaza. En H.
- Fernández-Álvarez, *Integración y salud mental*(págs. 305-336). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura*. *Psicothema*, 24(01), 1-9.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014). The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophrenia bulletin*, 40(4), 813-823.
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T., & D'Souza, D. C. (2014). Gone to pot -a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 5(54), 1-24.
- Resnik, A. (1999). La cuestión mental y la salud pública. *Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social*, 3(1), 9-20.
- Rubistein, A. (1996). Sobre la Admisión. Ficha de cátedra de Salud Mental de Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 28 de agosto de 2016, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf
- Runte Geidel, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores* (Tesis de doctorado). Obtenido de <http://0->

hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf

-Russo, M. J., & Allegri, R. F. (2015). *Etiologías de los trastornos cognitivos en relación con los diferentes grupos etarios*. En C. Feldberg, & I. Demey, *Manual de rehabilitación cognitiva* (pág. 33-66). Buenos Aires: Paidós.

-Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica*. Madrid: Triacastela. Publicación original de 1946.

-Sennett, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.

-Solano Murcia, M. I., & Vasquez Cardozo, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad. . . mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 194-202.

-Stevens, J. R., Prince, J. B., Prager, L. M., & Stern, T. A. (2014). Psychotic disorders in children and adolescents: A primer on contemporary evaluation and management. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(2). doi:10.4088/PCC.13f01514

-Subsecretaría de redes asistenciales del ministerio de salud de Chile. (2008). Enfermedades psiquiátricas. En *Manual clínico para los servicios de atención primaria de urgencia* (págs. 79-89). Santiago: Minsal.

-Tandon, R. (2012). The Nosology of Schizophrenia. Toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(3), 557-569.

-Tandon, R., & Bruijnzeel, D. (2014). The Evolving Nosology of Schizophrenia: Relevance for Treatment. En P. G. Janicak, S. R. Marder, R. Tandon, & M. Goldman, *Schizophrenia: Recent Advances in Diagnosis and Treatment* (págs. 13-23). New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4939-0656-7_2

-Tiihonen, J., Wahlbeck, K., Lönnqvist, J., Klaukka, T., Ioannidis, J. P., Volavka, J., & Haukka, J. (2006). Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ*, 333(7561), 224.

-Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Am J Psychiatry*, 171(05), 523-538.

-Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(03), 345-364.

-Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Armstrong Rahill, A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical psychology review*, 20(5), 633-666.

-Weiden, P. J. (2016). Redefining Medication Adherence in the Treatment of Schizophrenia: How Current Approaches to Adherence Lead to Misinformation and Threaten Therapeutic Relationships. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(2), 199-216.

Xu, Z., Müller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., . . . Rüsç, N. (2016). Self-labelling and stigma as predictors of attitudes towards help-seeking among people at risk of psychosis: 1-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(1), 79-82.

-Yum, S. Y., Hwang, M. Y., Nasrallah, H. A., & Opler, L. A. (2016). Transcending Psychosis. The complexity of comorbidity in Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(2), 267-274.