



Trabajo Integrador Final

Descripción del proceso de tratamiento de un paciente con hebrefenia y retraso mental en el servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico público.

Alumna: Gutt, Sabrina

Legajo: 71146

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3. Marco teórico.....	6
3.1 Esquizofrenia.....	6
3.1.1 Historia del concepto de Hebefrenia y su evolución.....	7
3.1.2 Hebefrenia.....	9
3.1.3 Esquizofrenia desorganizada.....	10
3.2 Deterioro cognitivo.....	11
3.3 Retraso mental.....	12
3.3.1 Retraso mental moderado.....	13
3.4 Comorbilidad entre retraso mental y esquizofrenia.....	14
3.4.1 Diagnóstico.....	15
3.5 Tratamiento en pacientes con retraso mental y esquizofrenia.....	16
3.5.1 Tratamiento farmacológico.....	17
3.5.2 Tratamiento psicoterapéutico.....	19
3.5.3 Hospitalización.....	22
3.6 Redes de apoyo social.....	23
3.6.1 Programas y dispositivos.....	24
4. Metodología.....	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Participantes.....	27
4.3 Instrumentos.....	28
4.4 Procedimiento.....	29
5. Desarrollo.....	30
5.1 Presentación del caso.....	30

5.2 Indagar el motivo de internación del paciente y el diagnóstico realizado por los profesionales del servicio de admisión.....	32
5.3 Describir las intervenciones realizadas por los distintos profesionales del hospital.....	37
5.3.1 Abordaje terapéutico.....	37
5.3.2 Abordaje farmacológico.....	42
5.3.3 Intervención del servicio social del hospital.....	44
5.4 Analizar la incidencia de las redes de apoyo social en el tratamiento de un paciente con hebefrenia y retraso mental y en su posible externación.....	46
6. Conclusión.....	50
6.1 Resumen del desarrollo.....	50
6.2 Limitaciones.....	51
6.3 Aporte personal.....	53
6.4 Perspectiva crítica.....	54
7. Referencias bibliográficas.....	55
8. Anexos.....	63

1. Introducción

La Práctica de Habilitación Profesional V se realizó en el servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El servicio de Admisión es el encargado de la compensación del paciente al momento de su internación, una vez que ingresan por la guardia del Hospital. Se trabaja con el paciente de manera farmacológica y psicoterapéutica, con el objetivo de externar o derivar a los otros servicios del Hospital, dependiendo del cuadro presentado.

El servicio trabaja de forma interdisciplinaria en diversos equipos, en tanto que cada uno cuenta con psicólogos y psiquiatras. A su vez, se trabaja con asistentes sociales y con distintos profesionales del Hospital, dependiendo la necesidad de interconsulta.

El siguiente trabajo final de integración tiene como objetivo describir el proceso de tratamiento de un paciente con retraso mental y hebefrenia en el servicio de admisión y poder analizar las intervenciones realizadas como así también, analizar las redes de apoyo que posibilitan o no la externación del paciente.

Para ello, se ha trabajado con el equipo a cargo del paciente de lunes a viernes de 9 a 12:30 hs a lo largo de 4 meses. Así como con el paciente, con el cual se mantuvo contacto diario.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el proceso de tratamiento de un paciente con hebefrenia y retraso mental en el servicio de admisión de un Hospital neuropsiquiátrico público.

2.2 Objetivos específicos

- Indagar el motivo de internación del paciente y el diagnóstico realizado por los profesionales del servicio de Admisión.

- Describir las intervenciones realizadas por los distintos profesionales del Hospital.

- Analizar la incidencia de las redes de apoyo social en el tratamiento de un paciente con hebefrenia y retraso mental y en su posible externación.

3. Marco Teórico

3.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental que se caracteriza por la distorsión del pensamiento, de las emociones, de las percepciones, de la conciencia de sí mismo, del lenguaje desorganizado y distorsión en la conducta. La esquizofrenia puede afectar la vida de un individuo en tanto a su rendimiento social, educativo y laboral, por lo cual es considerado como una discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Dentro de los trastornos psiquiátricos, la esquizofrenia es aquella que presenta mayor variedad de síntomas (Téllez, Sánchez & Jaramillo, 2012). La sintomatología es de tipo heterogénea y suele dividirse en síntomas positivos, que alude a la desconexión con la realidad, los delirios y alucinaciones; los síntomas negativos que incluyen el aplanamiento afectivo, la abulia, la apatía y la anhedonia; y por último, los síntomas desorganizados, en los cuales se detecta una notoria disgregación en el pensamiento, en el lenguaje y en su comportamiento (Liddle, 1987 citado por Ortega García, Tirapu Ustárróz & López-Goñi, 2012).

La esquizofrenia suele presentar alteraciones en el pensamiento como ser los delirios, principalmente ideas de perjuicio y distintos tipos de alucinaciones que alteran la función de la percepción, lo que implica que el paciente tiene una percepción en ausencia de un estímulo externo que lo produzca. Sí bien las alucinaciones auditivas son más comunes, pueden aparecer también alteraciones del movimiento que se expresan en conductas bizarras, movimientos estereotipados y en fases de mayor gravedad catatonias (Apiquian–Guitart, R. 2006).

Es importante destacar que los síntomas suelen tener razón de sí en el contexto biográfico de quien lo padece, más allá de los factores genéticos o neurobiológicos (Pérez Álvarez, 2012).

Según el DSM V (APA, 2013) el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos debe ser definido en tanto el paciente presente los síntomas por más de un año y se debe especificar la gravedad actual en cuanto a los delirios, la desorganización, las alteraciones sensorio-perceptivas como ser las alucinaciones como así también se debe precisar el deterioro cognitivo del paciente si lo presenta.

3.1.1 Historia del concepto de Hebefrenia y su evolución

Para luego abordar el concepto de Hebefrenia, parece relevante introducir esté apartado que realiza un recorrido histórico de la evolución del mismo.

Benitez (1992) publica un artículo en el cual se realiza un análisis histórico de la evolución del concepto de Hebefrenia. El mismo es desarrollado por primera vez por Hecker (1871) psiquiatra alemán, en el marco de una investigación acerca de la melancolía y como la misma se modifica en el cuadro de un paciente a lo largo de su vida. Esté autor descubre que en determinados pacientes internados en hospicios, la melancolía no se ve modificada en la evolución de su enfermedad, en tanto la misma se prolonga y se asocia a un estado de ánimo permanente, lo que nombra posteriormente con el concepto de distimia.

Otros síntomas que se asocian al cuadro observado, se relacionan con el embotamiento psíquico y la confusión mental, pero principalmente lo que detalla es el deterioro mental que genera está patología en los pacientes. Hecker (1871) encuentra que los pacientes con las características mencionadas, tienen en común que su sintomatología había comenzado en el inicio de la pubertad. El autor explica que la consolidación de la personalidad tiene un proceso previo, en el cual las confusiones generadas son propias de la etapa evolutiva, pero se puede ver que en los pacientes, el proceso mismo provoca una confusión y una disociación consigo mismos, en la cual se desarrollan sentimientos de extrañeza con respecto a la propia identidad y un desequilibrio mental que puede resultar patológico. Asimismo, este desequilibrio produce que los pacientes presenten una

labilidad emocional reflejada en un bizarro impulso a la acción, en furia repentina y en estados de melancolía prolongados.

Está afectación en la conformación de la personalidad de un individuo, produce como consecuencia una debilidad mental, ya que el mismo se encuentra atrasado en cuanto a su etapa evolutiva, por lo que se lo encuentra aninado. A su vez, se observa un déficit en el desarrollo y uso de la lógica, como así también en la forma concreta del pensamiento, en tanto que los pacientes se ven imposibilitados de concretar una idea. Se puede detallar un déficit en la expresión verbal, y ver claramente la afectación del lenguaje y la escritura, lo que posteriormente dificulta la vida académica (Benítez, 1992).

Diversos autores han estudiado el concepto de Hebefrenia, como ser Kleist, Leonhard y Faust (1950) los cuales detallan cuatro formas posibles: *La hebefrenia necia, la hebefrenia de tipo depresiva, la hebefrenia apática* y, por último, *la hebefrenia autística*.

La hebefrenia depresiva, se caracteriza por el inicio de un periodo depresivo de duración incierta, en el cual puede presentarse en el paciente una ideación suicida. Leonhard (1950) refiere que en estudios realizados, la mayoría de los pacientes presentan quejas hipocondriacas, las cuales pueden ocasionar la debilidad del ánimo tornándolo depresivo y provocar por tanto, un intento suicida. Los pacientes suelen presentar repeticiones en su discurso, las quejas que presentan aluden siempre a unas pocas temáticas recurrentes, esto da cuenta de un empobrecimiento en la afectividad del individuo. Otra afectación importante que se refleja en los pacientes es la notoria disminución en su voluntad, es decir, en la iniciativa hacia las actividades de la vida cotidiana.

Kraepelin (1899) en su célebre *Tratado de Psiquiatría* retoma las descripciones propuestas por Hecker (1871) para desarrollar el concepto de *demencia precoz*, enfatizando específicamente en el deterioro mental de los pacientes. Kraepelin va a dividir las psicosis según la posibilidad de revertirse, en tanto define, por un lado, a las psicosis maniaco-depresiva que presentan un

mejor pronóstico hacia la cura y, por otro lado, la demencia precoz, sin posibilidad de mejoría (Angst, 2002). El término de demencia precoz, trae consigo la asociación de la demencia que se ocasiona en la edad adulta, lo cual implica que la misma no tiene cura y afecta las facultades mentales de manera rápida y terminal. El autor va a pensar la enfermedad como unitaria y le va a adjudicar dos tipos de sintomatología. Por un lado, *el síndrome basal*, que incluye la desorganización del pensamiento, la disminución de la afectividad, el desgano, la apatía y la falta de voluntad en la realización de tareas y, por otro lado, los síntomas asociados que incluyen las alucinaciones, las ideas delirantes, los cuadros de excitación y, en ocasiones, las depresiones. Se propone, desde esta perspectiva, que la combinación de la sintomatología basal con la asociada van a conformar la modalidad del cuadro, quedando entonces la forma hebefrénica, la forma catatónica y paranoide (Kraepelin, 1899).

De esta forma, fue evolucionando el concepto de Hebefrenia hasta la introducción del término Esquizofrenia propuesto por el psiquiatra Bleuler en el año 1911, quien investiga que los síntomas de la hebefrenia o la demencia precoz, no solamente comienzan en la pubertad ya que se encuentra con pacientes que su inicio de sintomatología se observa en edad más avanzada y además logran una recuperación parcial, a diferencia de los pacientes diagnosticados con hebefrenia o demencia, en los que la evolución de sus síntomas conlleva a la disminución de sus facultades mentales de manera terminal y sin posibilidad de cambio alguno (Vázquez, 2004).

3.1.2 Hebefrenia

En el primer apartado se definieron los criterios para diagnosticar un trastorno esquizofrénico. De acuerdo al paciente que se presenta en este trabajo, es imprescindible definir el siguiente concepto para abarcar su diagnóstico.

La hebefrenia es la esquizofrenia que inicia en edad temprana, caracterizándose por un deterioro cognitivo y presentando un aplanamiento afectivo que se asemeja a las distimias. El cuadro suele evolucionar por brotes,

presentándose con ideas y percepciones delirantes de tipo polimorfos e inclusive alucinaciones transitorias, que pueden producir en el paciente exaltación y depresión (Derito & Monchablon, 2011).

Pueden presentarse síntomas de aislamiento en pacientes hebefrénicos, como así desarrollar la aparición de síntomas negativos de manera rápida y gradual, en especial el aplanamiento afectivo y la pérdida de iniciativa, por lo que suele tener un mal pronóstico (American Psychological Association, 2013).

3.1.3 Esquizofrenia desorganizada

La esquizofrenia de tipo desorganizada se asocia en la actualidad con la hebefrenia, por lo cual se detalla a continuación.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (American Psychiatric Association, 2002) identifica los siguientes tipos de esquizofrenia, de tipo paranoide, catatónico, indiferenciado, residual y de tipo desorganizado. El subtipo de tipo desorganizado se caracteriza por una regresión a conductas primitivas, desinhibidas y sumamente desorganizadas. Se diagnostica en la medida que haya ausencia de tipo catatónicos. La alteración en el pensamiento de los pacientes con esquizofrenia de tipo desorganizado suelen tener una desconexión con la realidad y una alteración del pensamiento muy notable. Sus conductas suelen ser desorganizadas e inadaptadas en tanto a lo social y personal, sus acciones se identifican como pobres y tontas.

La esquizofrenia puede ser pesquisada en pequeñas dificultades en la infancia que dan cuenta de un alejamiento social, de un déficit en la comunicación y en los procesos atencionales que pueden manifestarse en diversas situaciones o lugares como, por ejemplo, la escuela. También pueden presentar alteraciones de tipo motoras y conductuales que dificultan la vida cotidiana. Diversos autores relacionan estos síntomas con una alteración en el neurodesarrollo del infante, lo cual se puede explicar desde los procesos biológicos, como ser los cambios neuroendócrinos y los procesos de mielinización que se ven afectados. Los mismos, se verán reflejados en la pubertad, con el comienzo de los síntomas

negativos, como así también en un cuadro depresivo que van a dar cuenta de la etapa prodrómica, es decir, previa al primer episodio psicótico (Pardo, 2005).

3.2 Deterioro cognitivo

De acuerdo a la importancia que tienen los déficits presentados en los apartados anteriores en pacientes con esquizofrenia, es relevante detallar el deterioro para poder comprender el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento.

El funcionamiento y el deterioro cognitivo en la esquizofrenia ha sido estudiado durante mucho tiempo por distintos autores, dado la importancia que esto tiene para los pacientes en la medida que el evidente deterioro afecta su calidad de vida de manera biopsicosocial, generando que los mismos se vean obligados a realizar tratamiento de manera permanente (Cavieres & Valdebenito, 2005).

Keefe & Fenton (2007) plantean que los trastornos cognitivos en los esquizofrénicos suelen tener aparición temprana, lo que da cuenta de la gravedad del cuadro y de la independencia de los síntomas clínicos respecto de estos. La importancia de la deficiencia cognitiva de los pacientes puede aparecer previa al desarrollo de la psicosis y esto tiene un gran nivel de importancia para pensar en la prevención de futuros síntomas.

Se ha estudiado el rendimiento cognitivo de pacientes esquizofrénicos, con el fin de ampliar el conocimiento y las capacidades de los mismos. Según estudios realizados, se converge que los pacientes con esquizofrenia suelen presentar alteraciones cognitivas en determinados procesos como la memoria, las funciones ejecutivas y la atención, las cuales se encuentran lentificadas, lo que les genera una dificultad en la vida cotidiana. Estas afectaciones corresponden a una disfunción cerebral ubicada específicamente en los lóbulos temporales y frontales. Asimismo en la aplicación del test de Wisconsin (De la Cruz, 1997) se ha encontrado que el rendimiento en la memoria de trabajo de pacientes en los que

predominan los síntomas negativos, se ve mayormente afectado. Esto, a su vez, indica la dificultad de los pacientes en adquirir información nueva, es decir, en el aprendizaje (Servat, Lehmann, Harari, Gajardo & Eva, 2005). En otros estudios, a partir de un seguimiento de los pacientes esquizofrénicos se ha destacado que desde el primer brote psicótico, se puede comenzar a ver el deterioro cognitivo, ya que el propio brote deja secuelas cognitivas que perduran en el tiempo con mal pronóstico en la medida que los mismos no estén bajo tratamiento farmacológico (Pardo, 2005).

Los síntomas positivos en los pacientes esquizofrénicos tienen que ver en parte con la alteración del contenido del pensamiento, en tanto el mismo se encuentra distorsionado y falla la asociación de conceptos. El lenguaje también puede verse deteriorado (Dillon et al., 2007).

Algunos investigadores, consideran importante la inclusión en el DSM del nivel de funcionamiento cognitivo y el deterioro en las definiciones, lo que aporta a realizar un diagnóstico y, en consecuencia, un tratamiento apropiado (Keefe & Fenton, 2007).

3.3 Retraso mental

En el siguiente apartado se definirá el retraso mental siendo este otro de los diagnósticos principales del paciente que se detalla en el trabajo.

Existe una discusión acerca del término Retraso Mental debido que ciertos autores prefieren caracterizarlo como Discapacidad Intelectual. Esto se debe a que la terminología parece tener una connotación negativa y degradar a la persona, lo que no aporta a la inclusión social del paciente ni a la igualdad. Se propone, por lo tanto, evaluar no solo el nivel académico del paciente, si no, las habilidades que maneja tanto sociales como comunitarias (Alonso, 2003). A su vez, existe aún la pregunta sobre la etiología del trastorno, pero se supone una multicausalidad relacionada con factores genéticos, ambientales y psicosociales

(Sao et al., 2007).

De acuerdo al DSM 5 (APA, 2013), el retraso mental se caracteriza por una insuficiente capacidad intelectual, ya que la misma es inferior al promedio. El Coeficiente Intelectual (CI) debe ser inferior a 70 para hablar de un retraso. Para diagnosticar el retraso mental es importante realizar una evaluación integral. Por un lado, la toma de distintos tests de inteligencia, como así también una evaluación neurológica que pueda detectar las posibles lesiones cerebrales o trastornos clínicos y, por último, una evaluación conductual de las distintas manifestaciones en el ámbito escolar tanto en lo vincular como en el rendimiento académico (Artigas- Pallares, 2006).

Las personas con Discapacidad Intelectual presentan un déficit para adaptarse a su edad cronológica y, en consecuencia, no pueden responder a las exigencias de su medio sociocultural. Se presenta una alteración en, por lo menos, dos áreas de las siguientes: comunicación interpersonal, vida diaria, desarrollo de habilidades sociales, capacidad de autocontrolarse y asegurar su vida académica, laboral, social e inclusive el cuidado de su propia salud e higiene. A su vez, el retraso mental puede clasificarse en leve con un CI entre 50 al 69, moderado con un CI entre 35-49, grave presentando un CI entre 20 y 34, profundo con un CI inferior a 20 (APA, 2013).

3.3.1 Retraso mental moderado

En el siguiente apartado se describe la clasificación del retraso mental moderado de acuerdo al diagnóstico del paciente.

En el retraso mental moderado se presenta una alteración en la comprensión y uso del lenguaje, que suelen adquirirlo con gran dificultad y limitación, como así también en lo que refiere a su escolaridad, es decir, pueden adquirir la lectoescritura aunque con un rendimiento muy bajo (APA, 2013). La adaptación intelectual en pacientes con retraso mental depende de factores tanto biológicos, psicológicos como sociales (Benavides, 2011).

Suelen precisar un acompañamiento, ya que sus funciones de cuidado personal e inclusive funciones motrices se encuentran afectadas (APA, 2013). Los pacientes con retraso mental moderado suelen comportarse de manera infantil sin poder controlar sus conductas e impulsos (Masters, Johnson & Kolodny, 1987 citados por Navarro Guadarrama & Hernández González, 2012).

Sí bien su área social e interpersonal suele ser pobre, con ayuda de los cuidadores se pueden desarrollar la misma e, inclusive, con estimulación pueden realizar trabajos sencillos. (APA, 2013)

A su vez, el retraso mental puede entenderse como la relación entre las limitaciones en el funcionamiento de una persona y su entorno sociocultural. Al hablar del concepto de inteligencia, debe ser correlacionado con las cuestiones socioculturales en tanto que el rendimiento de aquella persona va a depender de las exigencias del ambiente en el cual está sumergido (Paola Coronel, 2012).

3.4 Comorbilidad retraso mental y esquizofrenia

Diversos cuadros psicopatológicos se asocian con el retraso mental y la esquizofrenia en tanto que coexisten con el mismo. A continuación se detalla esta asociación que resulta importante en el diagnóstico del caso que se presenta.

En el caso del retraso mental se puede precisar un diagnóstico diferencial con la esquizofrenia ya que se identifica una mayor incidencia en pacientes con retraso mental que en la población normal (Ferreti, 1999). El retraso mental y la esquizofrenia son trastornos psiquiátricos, en los cuales la comorbilidad suele ser muy frecuente. Ambos suelen ser comorbidos con otros cuadros, en parte por el deterioro cognitivo que conlleva y que va generando sintomatología de otras patologías. Se puede corroborar en distintos estudios la comorbilidad de los mismos estudiando las habilidades cognitivas y de adaptación en personas con patología dual (Di Nuovo & Buono, 2007). Gran parte de los pacientes esquizofrénicos suelen tener algún grado de déficit cognitivo, en tanto que su rendimiento general suele ser inferior al de la población general (Cavieres & Valdebenito, 2005).

El retraso mental suele ser comórbido con el trastorno psicótico en tanto que pueden aparecer ideas delirantes, que deben ser diagnosticadas en base a la duración y características de las mismas (Iddon, 2001). Los trastornos esquizofrénicos a menudo coexisten con el retraso mental en diferentes edades y etapas evolutivas (Barrett et al, 1992;. Fuller & Sabatino, 1998, Masi et al., 1999 citados en Di Nuovo & Buono, 2007).

La esquizofrenia es un trastorno en el cual su heterogeneidad es indiscutible lo que lleva a la confusión con otras patologías psiquiátricas. Resulta difícil comprender los límites y la etiología del trastorno y, por lo tanto, a veces es necesario abordar un diagnóstico un tanto riguroso. Otro problema que se suele encontrar es que diversos cuadros psicopatológicos resultan poseer los mismos síntomas e incluso la misma expresión biológica pero tener distinta etiología (Buckley, Miller, Lehrer & Castle, 2009).

3.4.1 Diagnóstico

Para poder pensar en el tratamiento que se le brinda a un paciente, es imprescindible principalmente realizar el diagnóstico que dé cuenta de las pautas a seguir. El mismo se puede generar mediante entrevistas con el paciente en las cuales se haga un recorrido de su historia clínica, como también se pueden incluir instrumentos de medición. Existen diversas formas de diagnosticar en el ámbito psicológico y psiquiátrico ya que depende de la escuela teórica y del ámbito institucional en el cual surge la necesidad de diagnosticar un paciente. La modalidad de diagnóstico más conocida es la nosológica, que implica la clasificación de los trastornos mentales especificando su sintomatología de manera clara y en un lenguaje común para toda la comunidad científica, lo que permite que sea estudiado desde cualquier escuela y por profesionales de distintas áreas (APA, 2013).

En la actualidad, el tipo de diagnóstico mencionado se refleja en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). En su quinta y última

versión, se observan las distintas áreas que se deben tener en cuenta al momento de realizar un diagnóstico, como ser la descripción de los síntomas que presenta el individuo evaluado y si estos conforman un trastorno, cómo a su vez se tienen en cuenta los factores psicosociales que pueden afectar la vida del paciente, las afecciones médicas en tanto sean relevantes para el diagnóstico próximo a realizar y, a su vez, el grado de funcionamiento que tiene esa persona en la sociedad a la cual pertenece indicando su capacidad (APA, 2013).

La estructura de clasificación utilizada contiene dos tipos de parámetros dimensionales, el primero tiene que ver con los espectros en los cuales se abarcan las dimensiones psicopatológicas y, el segundo, alude a las evaluaciones dimensionales que se ocupan de poder estudiar los síntomas de manera transversal para poder pensar en el pronóstico de un paciente de acuerdo a su cuadro clínico y, de esta manera, pensar en un tratamiento adecuado a largo plazo, como así también permite evaluar la gravedad de los síntomas a través de instrumentos de medición (Sandín, 2013).

A pesar de la existencia de manuales como el mencionado, que desde luego sirven para poder trabajar de manera interdisciplinaria, es importante tener en cuenta el tiempo y poder realizar un diagnóstico preciso de cada paciente, siendo esto una tarea sumamente difícil. Para ello, no se debe limitar el diagnóstico a la semiología pura del paciente sin poder ubicar al mismo en su contexto sociohistórico (Muñoz & Jaramillo, 2015).

3.5 Tratamiento en pacientes con retraso mental y esquizofrenia

En cuanto al tratamiento de la hebefrenia y el retraso mental, debido a su cronicidad, es imprescindible la toma de medicación antipsicótica pero, a su vez, el tratamiento psicológico es de gran importancia. El tratamiento farmacológico y el

psicoterapéutico deben coexistir ya que se puede trabajar psicológicamente en la medida que el paciente se encuentre compensado farmacológicamente y, por otro lado, el tratamiento psicológico va a complementar el tratamiento adecuado para el paciente (Valencia, Murow & Rascón, 2006). El tratamiento de elección para la esquizofrenia es la medicación antipsicótica y el tratamiento psicológico si bien está avalado, se lo considera como adjunto a la terapia farmacológica (Pérez Álvarez, 2012).

A su vez, los pacientes que toman medicación antipsicótica pueden continuar teniendo síntomas positivos aún en la toma de dichos fármacos, para lo cual es necesario complementar con terapia psicológica en tanto las mismas promuevan la disminución de la sintomatología, aumenten la adherencia al tratamiento y puedan conformar la adaptación e integración del paciente a su medio social (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007). Es importante la prevención de futuras recaídas, las cuales pueden ser trabajadas desde la terapia psicológica en cuanto a la adherencia al tratamiento (Vallina & Lemos, 2001).

3.5.2 Tratamiento farmacológico

Hay diversas formas de tratamiento farmacológico para los trastornos psiquiátricos en general. En la esquizofrenia, la modalidad de elección va a depender de diversos factores como ser la gravedad de los síntomas, la etapa evolutiva del paciente, la fase de la enfermedad en la que se encuentra y antecedentes (Tajima et al., 2009). La administración de la medicación tiene como objetivo principal reducir, por un lado, la intensidad de los síntomas positivos y, por el otro, poder disminuir la frecuencia en la que los mismos aparecen, en tanto el paciente pueda continuar con su vida de manera funcional como así intentar regular una posible recaída a futuro (Giraldez, Iglesias & Fernández, 2006).

En la actualidad, se utilizan antipsicóticos típicos y atípicos, aunque los que tienen mayor respuesta resultan ser los atípicos. A su vez, estos antipsicóticos tienen menores efectos adversos extrapiramidales, lo cual resulta de gran importancia a la hora de pensar en un fármaco para el paciente. En el caso de un

paciente que se encuentra en internación, se debe administrar la medicación de forma inyectable y, en este caso, son utilizados preferentemente los antipsicóticos típicos. También, otra posibilidad para elegir este tipo de fármacos puede tener que ver con los antecedentes del paciente con aquella droga en la medida que la misma haya dado buenos resultados. Es importante cuidar la calidad de vida del paciente, por lo que pensar en la eficacia del tratamiento farmacológico es indispensable. Se puede corroborar la eficacia de los antipsicóticos atípicos o de segunda generación en diversas áreas como ser los efectos negativos de la medicación, la resistencia al tratamiento como así, la eficacia sobre la función cognitiva (Tajima et al., 2009).

Algunos autores recomiendan acompañar la indicación farmacológica con información que pueda comprender tanto el paciente como sus acompañantes, para disminuir la ansiedad y asegurar la toma y la adherencia al tratamiento (Mingote Adan et al., 2007). Estos autores también aportan que la dosificación además de tener relación con la severidad de los síntomas debe generarle al paciente una comodidad que le permita realizar el tratamiento de manera constante.

En un estudio se les preguntó tanto a pacientes como a psiquiatras e incluso a familiares acerca de la toma de la medicación con el fin de poder detectar la percepción de los distintos grupos sobre la temática, los resultados dieron cuenta que los médicos tratantes han manifestado que sus pacientes no son lo suficientemente cumplidores con los tratamientos, en tanto que los familiares y el propio paciente reconocen el olvido de la toma de medicación de manera frecuente y la poca importancia al mismo después de las crisis, lo que da cuenta de la poca adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos constituyendo esto un gran problema (Roca, 2006).

En el caso del retraso mental, Bastos (2006) según investigaciones estudiadas, refiere que los fármacos de tipo estabilizadores del estado de ánimo como ser el litio, la carbamacepina, lamotrigina o el divalproato de sodio, se

utilizan en pacientes con retraso mental para lograr la disminución tanto de la impulsividad como de las conductas de auto y heteroagresión, logrando una buena respuesta. A su vez, se indican antipsicóticos de segunda generación para controlar conductas agresivas similares o cuando el paciente pueda tener ideas autolíticas de mayor intensidad, a pesar de que se tratan de evitar por los efectos secundarios que pueden afectar al funcionamiento cognitivo del paciente.

En pacientes que presentan esta patología comórbida es importante disminuir los síntomas pero, primordialmente, cuidar su integridad física, por lo cual se piensa en fármacos que apunten a controlar los riesgos de auto lesión de los pacientes (Artigas-Pallares, 2006).

3.5.3 Tratamiento psicológico

Existen distintas modalidades de tratamiento tanto para la esquizofrenia como para el retraso mental, pudiendo ser individuales como grupales. Algunos autores describen un formato que varía según la fase en la que se encuentra el paciente, en tanto en la fase aguda se apunta a conocer la enfermedad y poder adaptarse a la misma. Algunos programas terapéuticos en esta fase también trabajan los contenidos de las alucinaciones o las ideas delirantes, de una manera un tanto más focalizada. Siguiendo este programa de fases, en el periodo crítico se intenta poner énfasis en la importancia de la continuidad del tratamiento y de su cumplimiento, proponiendo, de esta manera, una estabilidad sintomática a largo plazo del paciente, logrando la reinserción social y laboral del individuo. Luego, se trabaja en la fase subcrónica, en la cual suelen los pacientes presentar numerosas recaídas que varían según la gravedad del cuadro y, por supuesto, su contexto (Ruiz-Iriondo et al., 2013).

Estas recaídas ocasionalmente terminan en internación, para esto es importante lograr que el paciente concurra a actividades que incrementen sus capacidades y habilidades psicosociales, como ser talleres o empleos protegidos que ayudan a la readaptación social ya que, además, en esta instancia el paciente suele presentar mayormente sintomatología negativa, como por ejemplo el

desgano, lo cual, es necesario trabajar psicoterapéuticamente para disminuirlo y evitar un retroceso en la evolución de la enfermedad. Resulta importante poder ayudar al paciente a generar sus propias herramientas para poder resolver distintas problemáticas de manera independiente sin requerir del recurso de la internación, lo cual además aumenta la confianza y la autoestima del paciente quién se encuentra resolutivo y con autonomía.

Por último, en este programa se trabaja sobre la fase crónica, en la cual los pacientes ya cuentan con varios años de evolución de la enfermedad y la sintomatología se ve aumentada y agravada, en tanto que aparecen cada vez más los síntomas negativos y se comienza a ver el deterioro cognitivo del propio trastorno, es posible observar deficiencia en la expresión lingüística, como así una notoria falta de energía en los pacientes (Ruiz-Iriondo et al., 2013).

Existen muchas escuelas y modelos teóricos que brindan tratamiento para pacientes con esquizofrenia y retraso mental. En la actualidad, una modalidad de tratamiento que da buenos resultados es la aplicación de la terapia cognitivo conductual (Beck, Steer & Brown, 2005). Las técnicas utilizadas por este modelo teórico tienen como objetivo disminuir las alucinaciones y los delirios. Está corroborado que mejoran el estado de pacientes esquizofrénicos, especialmente en personas que aun tomando medicación adecuada siguen presentando sintomatología psicótica. Se piensa desde este modelo que la integración de la terapia con la farmacología disminuye las recaídas y la posibilidad de reinternaciones. Una de las formas de trabajo de la terapia cognitivo conductual es generar que el paciente, de alguna forma, enfrente sus creencias utilizando otros modos de razonamiento, cuestionando los mismos y la forma de manejarse a diario. Por otro parte, en estudios realizados se demuestra la correlación entre los sesgos y las distorsiones cognitivas con el mantenimiento de los síntomas, lo que lleva a sostener, por ejemplo, conductas desadaptativas a largo plazo que en pacientes esquizofrénicos pueden provocar el aislamiento social (Estévez, Barón & Kustner, 2004).

Los pacientes con síntomas psicóticos, por lo general, no tienen conciencia

de enfermedad, por lo tanto las intervenciones tienen que ser prolijas para que haya una adherencia al tratamiento, específicamente cuando se trata de normalizar las creencias delirantes. Una de las formas de poder intervenir adecuadamente es explicar que el tratamiento se trata, en parte, de disminuir los miedos que poseen y, también, mejorar sus habilidades sociales (Yust & Garcelán, 1997).

Otras técnicas utilizadas se proporcionan mediante explicaciones normalizadoras acerca de la composición de los síntomas con el fin de reducir el monto afectivo que se encuentra asociado a la omnipotencia de las ideas delirantes y de las alucinaciones que resultan indiscutibles para los pacientes. También se trabaja ofreciendo estrategias de comportamiento y manejo de los síntomas (Estévez, Barón & Kustner, 2004).

La modalidad terapéutica que se menciona, también da buenos resultados en pacientes con retraso mental, en tanto que de igual manera se trabaja sobre la conciencia de enfermedad y las limitaciones que poseen para ciertas habilidades sociales. Uno de los fines es poder lograr la inclusión social del paciente mediante técnicas de modificación conductual, mejorando su comunicación interpersonal y favoreciendo las habilidades de la vida cotidiana. A su vez, este enfoque resulta muy eficiente en el manejo de la ira y de la labilidad emocional, síntomas que presentan este tipo de pacientes (Márquez- Caraveo et al., 2011).

En conclusión, son muchas las intervenciones posibles, las cuales van a variar según lo que el paciente quiera lograr para mejorar su calidad de vida. Como se menciona, se encuentra eficacia en tratamientos de índole grupal como individual. En un estudio con pacientes hospitalizados que se realiza para ver la eficacia del tratamiento grupal se puede observar que los mismos aumentan su capacidad de relacionarse con los otros, aunque menos en el manejo de los síntomas o en la toma de conciencia de enfermedad, pero lo cierto, es que aporta mucho al manejo interpersonal principalmente con la familia lo cual es muy

importante ya que la mayoría de los pacientes presentan problemáticas en los vínculos familiares (Galletero et al., 2002).

3.5.4 Hospitalización

La Sociedad Española de Psiquiatría (1998) considera que la hospitalización sigue siendo un recurso inevitable en pacientes con esquizofrenia, en el momento de una descompensación parece inevitable. El hospital cuenta con recursos para observar los síntomas y la gravedad de los mismos viendo cómo evoluciona el paciente con el tratamiento proporcionado y los efectos secundarios del mismo.

Tanto los hogares o los distintos dispositivos de internación como ser el hospital, dan cuenta en estudios realizados que tanto pacientes diagnosticados con retraso mental como con esquizofrenia representan, cada uno, alrededor de un 30% de la población de dichas instituciones, representando en su conjunto a más de la mitad (Benassini, 2001).

Según Gómez (2013) en las últimas décadas aumentó el interés en el papel que desempeñan las relaciones familiares en los pacientes con esquizofrenia. El proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos puede llevar a considerar importante el rol familiar como apoyo social para la reinserción del paciente.

En el capítulo VII de la ley de salud mental, el cual aborda la temática de las internaciones, va a indicar que la internación es un recurso terapéutico de carácter restrictivo y que debe ser lo más breve posible. Es importante entender que la internación no tiene el rol de resolver conflictos sociales o de vivienda ni familiares, en tanto que el estado debe garantizar los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes para que la internación no se prolongue para resolver problemas no referentes a la patología del paciente. Así también se explica la condición de una internación involuntaria en el artículo 20 del mismo

capítulo, la misma solo puede realizarse en la medida que el tratamiento ambulatorio no funcione o no sea adecuado para el paciente ya que el mismo represente una situación de riesgo para sí o para terceros sin permanecer internado (Ley N° 26657, 2010).

3.6 Redes de apoyo social

Las redes de apoyo social y las intervenciones en la rehabilitación psicológica como así social, se proponen como objetivo mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales, mejorando su adaptación social. La calidad de vida de dichos pacientes tiene una relación directa con la modalidad de tratamiento recibido por la comunidad en la que viven los clínicos y los cuidadores. (Navarro Bayon et al., 2008).

Las redes sociales tienen la poderosa función de brindar apoyo emocional, información y diversos recursos que brindan una inserción en la vida en comunidad. La red social puede ser brindada por una persona, un grupo familiar o alguna institución como ser el hospital. Las redes sociales son analizadas en el ámbito de la esquizofrenia en tanto que si la red es continente, es menor la re-internación en pacientes que habrían estado hospitalizados (Álvarez, Troncoso & Sepúlveda, 1995).

No obstante, los programas y dispositivos de apoyo social forman parte de la red. Sí bien son como una prolongación del hospital psiquiátrico, incluyen políticas de inclusión social para pacientes con enfermedades psiquiátricas que le presentan una discapacidad social desarrollando actividades concretas para aumentar su funcionamiento personal y social (López & Laviana, 2007). La mayor parte de las personas con esquizofrenia o algún trastorno mental que les presente una necesidad de apoyo social, van a precisar de una red comunitaria en diversos servicios y diversos profesionales. Los equipos de salud mental desde una perspectiva psicosocial pueden trabajar de manera interdisciplinaria generando la

evolución del paciente. Son necesarias las intervenciones psicológicas, psicoeducativas para el paciente y su entorno y farmacológicas. El tratamiento integrado es aquel que posibilita una mayor calidad de vida a pacientes con trastornos mentales graves (Laviana Cuetos, 2006).

Es interesante poder pensar las intervenciones de manera integral cuando se trata de enfermedades crónicas y graves como son la esquizofrenia y el retraso mental. Por lo cual, una parte importante del tratamiento es la rehabilitación psicosocial que tiene que ver con el poder ser parte de la sociedad a la cual el paciente pertenece aunque de manera asistida, de esta forma, se apunta a conseguir que las personas con patología mental puedan ser incluidos para lo que son importantes las redes de apoyo social (Florit-Robles, 2006). La inclusión social puede presentar un desafío ya que en determinadas sociedades la falta de información puede generar discriminación en pacientes con enfermedades mentales como ser la esquizofrenia, en tanto que la sociedad los puede percibir peligrosos y de esta forma incrementar su aislamiento (Leiderman, 2011).

Una de las redes de apoyo que son interesantes analizar son aquellas de las personas con trastornos psiquiátricos que se encuentran en situación de calle, sus redes suelen estar compuestas por personas que presentan cuadros psicopatológicos similares y suele ser reducida. A su vez, no suelen tener contacto con sus familiares y la connotación hacia el concepto de familia que presentan ocasionalmente es negativa, presentando un gran desapego. En encuestas realizadas se puede observar que las personas bajo esta situación aseguran querer recibir ayuda pero que los servicios no están capacitados para proporcionar lo que ellos aseguran necesitar, en tanto que se remiten a cubrir las necesidades básicas y no a realizar a un tratamiento psiquiátrico como los distintos dispositivos quisieran brindarles (Mansilla Izquierdo, 1993).

3.6.2 Programas y dispositivos

En primera instancia, una red de apoyo fundamental ha de ser la familia. Se propone pensar como un pilar nuclear los programas que incluyen a las familias del paciente. La intención es poder acercar al mismo a su entorno de origen, siendo cuidado y valorado por su núcleo principal dado que se cree que el apoyo familiar es sumamente poderoso a la hora de fortalecer al integrante que presenta una patología psiquiátrica. Es de suma importancia que el paciente esquizofrénico trabaje con terapia familiar para su mejoría pero, a su vez, estos programas ayudan a disminuir el estrés y la ansiedad que sufren los familiares por la patología del integrante y por las exigencias sociales que se presentan. Los programas deben brindarle los recursos a las familias de las personas con trastornos mentales a partir del apoyo del Estado y de la comunidad a la que pertenece (Gómez, 2009).

En los últimos años se está pensando en distintas modalidades de abordar la desinstitucionalización desde el campo de la salud mental. Una vez que el paciente finaliza su internación, es indispensable un programa que proporcione su rehabilitación y su reinserción social. Se trabaja con el fin de proporcionar recursos a las personas con algún trastorno mental, desarrollando habilidades sociales por un lado propias como ser el aumento de su autonomía pero, por otra parte, se propone la inclusión desde la vinculación con otros seres de la comunidad a través de, por ejemplo, emprendimientos comerciales (Tisera et al., 2013).

La rehabilitación debe ser pensada desde tres ejes fundamentales, la inserción laboral, la construcción de una red social y la vivienda. Poder enfatizar en estos ejes y garantizando la adquisición de ellos, es muy probable disminuir las recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente (Sarraceno, 2003).

Los programas de rehabilitación son pensados en un inicio desde los hospitales psiquiátricos, ya que el fin es poder generar que el regreso de los pacientes a sus comunidades luego de un largo periodo de internación, sea adecuado y que los mismos no se sientan perdidos como así tampoco con necesidad de depender de otro. Para esto los programas arriman al paciente al

contacto con la comunidad con el objetivo de ampliar su red social, propiciándoles la seguridad de que el hospital los sigue ayudando aunque de manera ambulatoria (Martínez, 2000).

Un programa que funciona en la actualidad es el Programa de PreAlta (PPA) el cual se presenta como un intermedio entre la internación y la externación. Parece necesaria esta red de apoyo para garantizar la posible externación de un paciente, ya que esta red sigue ejerciendo desde un hospital monovalente, presentando las condiciones adecuadas como son, una guardia, servicio de admisión, consultorios externos para poder realizar tratamiento tanto psicológico como farmacológico. También se encuentra allí un hospital de día, hospital de noche, casa de medio camino, departamento de orientación vocacional y los distintos dispositivos de internación que funcionan en el mismo. La rehabilitación desde este programa se presenta con énfasis en que la persona no debe permanecer bajo internación, ya que se piensa que esto aporta al deterioro cognitivo y a la disminución de sus redes sociales como así también a la pérdida de sus herramientas laborales. Se piensa que la inclusión social es de suma importancia, por lo cual, los talleres apuntan a generar oficios y las distintas modalidades se dirigen a la vinculación con aquel mundo externo al hospital. El paciente, desde esta perspectiva, es dueño de su tratamiento, elige dentro de sus limitaciones su oficio apelando a sus gustos, lo que aumenta su autonomía y fortalece su autoconfianza. A su vez, desde este programa se le transmite al paciente cuáles son sus derechos y que el Estado debe garantizarle la inclusión y, no estando solo en este camino, se logran generar redes de apoyo fuertes (Tisera et al., 2013).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El siguiente trabajo es descriptivo, de caso único de carácter cualitativo, de tipo profesional.

4.2 Participantes

R es un paciente de 20 años quien se encuentra internado en el servicio de admisión del Hospital desde el mes de mayo del año 2015 con motivo de descompensación psicótica. El paciente fue diagnosticado con hebefrenia y retraso mental durante el proceso de admisión.

R cuenta con varias internaciones previas a la última, tanto en este hospital como en un hospital para menores de edad años atrás. Anteriormente a su internación, el paciente convivía con su abuela, el marido de la misma y su tía, quienes no pudieron ayudarlo y decidieron su internación, siendo la misma involuntaria.

Las características de la familia nuclear del paciente traen consigo antecedentes psiquiátricos, ya que su madre se encuentra internada en un hospital neuropsiquiátrico público de la provincia de Buenos Aires con diagnóstico de esquizofrenia desde que R era pequeño y su padre falleció siendo esquizofrénico también.

Actualmente, el paciente, se encuentra recibiendo un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en el hospital, habiendo evolucionado y mejorado de manera notoria desde su ingreso pero sin conciencia de enfermedad ni posibilidad de externación al momento, aunque ya no cumple con criterios de internación.

El equipo tratante cuenta con una psicóloga y una médica psiquiatra, quienes están a cargo del tratamiento diario del paciente. La asistente social, también ocupa un rol importante en su tratamiento, quien se encuentra en contacto con los profesionales y el paciente varias veces por semana.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos que se han utilizado son tanto las observaciones participantes del paciente en el consultorio de manera diaria, como información de su historia clínica y, así también, se realizaron entrevistas semiestructuradas al equipo profesional tratante.

Ejes de las entrevistas:

- Datos relevantes sobre el motivo de internación del paciente
- De qué manera fue realizado el diagnóstico para el paciente
- Cuál ha sido el abordaje terapéutico y farmacológico que se suele utilizar por el equipo y, específicamente, con un paciente con hebefrenia y retraso mental
 - Cuáles fueron las intervenciones realizadas desde el servicio y como éstas han sido influyentes en la evolución del paciente.
 - Cuáles han sido las expectativas y las pautas a seguir con el paciente.
 - De qué manera podría pensarse la externación del paciente de acuerdo a sus condiciones. O cual es la alternativa posible.
 - Cómo inciden las redes de apoyo social en el paciente

A su vez, otro instrumento utilizado, fue la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS III, 2002) el cual consiste en detectar el funcionamiento intelectual en diversas áreas cognitivas como ser, la Comprensión Verbal, el Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento

(Wechsler, 2002), su puntuación total representa la Inteligencia general, es decir el Coeficiente Intelectual (CI).

4.4 Procedimiento

La información ha sido recolectada mediante las observaciones participantes durante el tratamiento del paciente de manera diaria con una duración aproximada de treinta minutos, por un lapso de 6 meses, como así también se han realizado entrevistas semi estructuradas al equipo tratante del paciente.

Se ha utilizado información de la historia clínica del paciente donde se observaron las distintas intervenciones realizadas en el Hospital desde el momento del ingreso hasta la actualidad.

Por último, se utilizó la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS III) para dar cuenta del Coeficiente Intelectual del paciente con el fin de determinar el grado de retraso mental el cual no estaba determinado aún.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

R es un paciente de 20 años de edad nacido en la provincia de Buenos Aires. El paciente fue diagnosticado en el servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico público de la ciudad de Buenos Aires con hebefrenia y retraso mental, durante su última internación en dicho servicio, la cual duró aproximadamente 6 meses.

El paciente cuenta con varias internaciones previas en un hospital neuropsiquiátrico para menores de edad, cuya información ha sido proporcionada al equipo tratante dando un gran soporte a la hora de realizar el diagnóstico del cual se habla posteriormente.

Su escaso entorno social está compuesto por su familia, incluye a su abuela materna, el marido de la misma, su madre y su tía materna. R convivía con estos miembros de la familia previo a su internación, pero no con su madre, ya que la misma se encuentra internada en un hospital psiquiátrico para mujeres en la provincia de Buenos Aires.

Según refiere la abuela, el vínculo que mantenía R con su madre era conflictivo, a pesar de que no se conocían mucho por los largos años de internación de la madre, cada vez que ella tenía algún permiso de salida, presentaban peleas muy grandes y el ambiente se tornaba muy difícil para la convivencia. En cuanto al padre del paciente, ha fallecido hace muchos años, siendo este también esquizofrénico y habiendo sufrido de un gran alcoholismo que trajo muchas complicaciones al grupo familiar. La familia refiere que el padre de R, era el encargado de administrar la medicación psiquiátrica de la casa cuando el paciente era muy pequeño, esto trajo varias dificultades en la vida del paciente ya que el padre le daba la medicación de la madre al pequeño R, se supone que lo

hacía cuando el niño se portaba mal.

No cabe duda que la disfuncionalidad de la familia ha generado un contexto impropio para R a lo largo de su infancia. Como menciona Pérez Álvarez (2012), los síntomas que presenta el paciente suelen tener razón de sí en el contexto biográfico de quien lo padece más allá de los factores genéticos, que en este caso también, son de suma importancia.

Durante los primeros años de su infancia, R tenía enormes dificultades para desempeñarse en las distintas áreas. La escuela fue una de las áreas en la cual no podía responder a la demanda y, por lo tanto, fue cambiado a una escuela para chicos especiales, pero tampoco la sostuvo durante mucho tiempo por motivos inciertos. El dispositivo escolar es un pilar muy importante, pero R no podía sostener una conducta apropiada, ni tampoco alcanzar el rendimiento escolar. Como afirma Artigas Pallares (2006) estos datos son muy importantes a la hora de hacer un diagnóstico integral en patologías como la hebefrenia y el retraso mental.

Por otra parte, la familia también mencionó que R no tuvo nunca amigos, lo que da cuenta de su alejamiento social y de un déficit en la comunicación. Toda esta sintomatología mencionada, según refiere Pardo (2005) ya habría estado queriendo mostrar un inicio de la enfermedad, la cual, posteriormente, se desarrolló en brotes.

Todas estas cuestiones que limitaban la vida de R, parecían no tener lugar en una familia con tantas dificultades y no fueron pesquisadas a tiempo, lo que fue generando de a poco un deterioro cognitivo en el paciente y lo que dificulta precisar si el retraso mental de R es consecuencia de su cuadro de base, siendo este la hebefrenia o es independiente del mismo. El deterioro cognitivo que presenta R ha tenido aparición temprana, incluso previo al desarrollo de su psicosis. Diversos autores como ser Keefe y Fenton (2007) como así también Cavieres y Valdeenito (2005) consideran importante poder tomar registro de los mismos para iniciar un tratamiento y disminuir la gravedad del deterioro, lo que

lamentablemente no sucedió con R.

Lo que llevó a R a la última internación fue una descompensación de su cuadro, presentando una excitación psicomotriz, habiendo sido el hospital el único recurso que encontraron los familiares para ayudarlo, ya que como refiere la Sociedad Española de Psiquiatría (1998), sigue siendo un recurso inevitable al momento de un descompensación severa.

La última internación de R en el servicio de admisión es aquella que se describe en este trabajo. Resulta de interés el caso de R ya que a pesar de que se encuentre compensado, su externación sigue en pendiente por motivos que escapan a lo clínico e incluso a lo legal.

La sintomatología presentada se detallará en el siguiente apartado, como así también las distintas modalidades de intervención del equipo tratante.

5.2 Indagar el motivo de internación del paciente y el diagnóstico realizado por los profesionales del servicio de admisión.

Al indagar el motivo de internación de R se puso en evidencia un cuadro de excitación psicomotriz, que así como mencionan Derito y Monchablon (2011), suele ser parte de la evolución de la patología caracterizándose por brotes. R se encontraba muy desorientado y presentaba un discurso desorganizado, parecía no comprender ni recordar lo que sucedió al ingreso, dando cuenta de una alteración en la memoria. Esta afectación en la memoria, a su vez, da cuenta del deterioro cognitivo, el cual, como indicó Pardo (2005), puede ser producto de la cantidad de brotes que sufrió R en los últimos años.

Otro de los síntomas que presentó R al ingresar al servicio de admisión, según referían sus familiares, tuvo que ver con que el paciente hablaba sólo y presentaba alucinaciones auditivas. Dichas alucinaciones sensoperceptivas de tipo auditivas son las más comunes en un cuadro esquizofrénico, según afirma Apiquian-Guitart (2006), dando cuenta que la percepción del paciente se

encontraba alterada.

Para poder realizar una internación de tipo involuntaria como la de R, se indagó acerca del riesgo cierto e inminente que presentaba al momento del ingreso, esto es avalado por la ley n° 26657 (2010). Se concluyó que el paciente no presentaba conciencia de situación ni de enfermedad. Presentaba varias fugas del hogar por varios días, lo que llevaba a reiteradas llamadas a la policía y al regresar, R presentaba golpes y no sabía qué había hecho.

El diagnóstico en el servicio de admisión se realizó mediante entrevistas diarias con el paciente indagando los síntomas. El equipo tratante de R incluye una psicóloga y una psiquiatra, cada una realiza entrevistas con distintas finalidades. Mientras la psiquiatra indagó en los aspectos clínicos, semiológicos como ser las funciones psíquicas, los antecedentes tanto propios como familiares, la psicóloga ha preguntado acerca de las cuestiones sociales, del contexto sociocultural del paciente, de la vinculación con su entorno y la existencia o no de redes. Se puede afirmar que ambas han utilizado como base para un presunto diagnóstico, las herramientas que brinda el DSM en tanto que, por un lado, se evalúan los signos y síntomas que conforman un trastorno y, por otro lado, se estudian los factores psicosociales del paciente para poder entender las afectaciones (APA, 2013).

Otro recurso importante que se utiliza tiene que ver con la historia clínica. En este caso, el paciente presentaba varias internaciones en otro hospital y pudiendo tener esa información, se arrima al diagnóstico pudiendo ver la evolución de la enfermedad. Una cuestión que mencionan Muñoz y Jaramillo (2015) que resulta relevante al caso es la importancia de ubicar al paciente en su contexto sociohistórico, para esto, la historia clínica que aporta datos y los aportes de los familiares fueron fundamentales a la hora de realizar el diagnóstico de R.

Al remitirse entonces a los antecedentes tanto propios como familiares de

R, no cabía duda que se trataba de una esquizofrenia. Tanto su madre como su padre padecían de dicha enfermedad teniendo síntomas similares a los del paciente, pero algo que pudo ser un dato importante, fue que, según referían los familiares, el inicio de la enfermedad de R había sido en el inicio de la pubertad, lo que llevó a pensar en una hebefrenia. La hebefrenia, como mencionaba Hecker (1871), se presenta desde la niñez, como es el caso de R, y evoluciona por brotes presentando ideas y percepciones delirantes, lo cual también ha sido aportado por autores como Derito y Monchablon (2011). R mantenía un discurso desorganizado y manifestaba haber resucitado y haber adquirido poderes especiales, lo que da cuenta de una idea delirante de tipo mística y megalómana. A su vez, afirmaba que estos poderes los sentía en su cuerpo y que escuchaba voces que se lo confirmaban.

R presentaba también una labilidad emocional, una timia displacentera constante que al parecer, en distintos momentos de su vida, se agudizaba. El paciente constantemente se expresaba en forma de quejas, no hubo ninguna vez en la cual se le haya preguntado su estado y haya respondido bien. Siempre aludía a quejas hipocondriacas o refería estar de mal ánimo, incluso manifestaba la idea de quitarse la vida. Leonhard (1950) dio cuenta en estudios realizados que éstas quejas suelen ser parte del cuadro hebefrénico que presenta R, y que frecuentemente el ánimo se encontraba debilitado ocasionando un intento suicida, que sí bien, R lo mencionó reiteradas veces, no tuvo ningún intento concreto. Asimismo, éstas quejas solían ser parte del discurso de R de manera constante, éstas repeticiones también habían sido corroboradas en los estudios de Leonhard (1950).

Como parte del diagnóstico se ha analizado el rendimiento tanto educativo como laboral de R. Según la Organización Mundial de la Salud (2015), este rendimiento se ve afectado en pacientes con esquizofrenia y es considerado como una discapacidad. R no se inició en el ámbito laboral, pero al indagar su rendimiento escolar, se ha dado cuenta de un déficit en esa área, no lograba obtener buenas calificaciones como así tampoco mantenía una buena conducta, lo que lo llevó a continuar su escolaridad en un colegio para niños con capacidades

especiales pero allí tampoco pudo terminar su escolaridad. Benítez (1992) afirmó que los pacientes con hebefrenia se encuentran atrasados en su etapa evolutiva, tanto en el desarrollo y uso de la lógica como en la forma concreta del pensamiento, lo que en este caso, se pudo observar en las fallas en la escolaridad que presentó R.

Todas las afectaciones que presentaba R, dieron cuenta de una hebefrenia, pero a la hora de abordar el diagnóstico del retraso mental, se han presentado varias dudas. Resultó difícil para el equipo tratante poder afirmar que R presentaba un retraso mental ya que el deterioro cognitivo era tan significativo que se prestaba a confusión. Se tuvo en cuenta que el propio brote psicótico deja secuelas cognitivas que perduran en el tiempo dando cuenta de un mal pronóstico, como afirmó Pardo (2005).

Es entonces que se necesitó de un instrumento de medición para poder concluir con el diagnóstico y determinar la comorbilidad. Como bien ha explicado Sandín (2013), una de las formas de diagnosticar incluye los instrumentos de medición que proporcionan la información pertinente para proyectar un futuro tratamiento.

Se utilizó la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS III, 2002) con el fin de determinar el funcionamiento intelectual de R. El resultado dio cuenta de un retraso mental moderado. R presentó alteraciones en las áreas estudiadas como ser, la comprensión verbal, lo que además se podía observar en las entrevistas realizadas de manera diaria en las que R no solía comprender determinados conceptos y, a su vez, asociarlos, como así también su lenguaje se veía deteriorado. Estas afectaciones son mencionadas por autores como Dillon (2007) y Benitez (1992) explicándose desde la propia alteración del pensamiento que dificulta la vida del paciente. Otra de las áreas que se han evaluado son la memoria de trabajo, la velocidad del procesamiento y el razonamiento perceptivo, dando cuenta finalmente del coeficiente intelectual siendo este 48.

Durante la toma del test, el paciente se mostró inquieto y no lograba sostener la atención, no mostraba interés por lo presentado y asociaba los

estímulos de manera incorrecta. Además, no recordaba lo presentado, mostrando que su memoria de trabajo se veía alterada. Muchos autores como Serfaty, Lehmann, Harari, Gajardo y Eva (2005) dan cuenta de lo mencionado y han demostrado la dificultad de los pacientes como R, en adquirir nueva información lo que han explicado que corresponde a una disfunción cerebral específicamente en los lóbulos temporales y frontales.

No se pudo precisar si el retraso mental ha sido siempre un trastorno comórbido de R o si se desarrolló por el deterioro cognitivo de la esquizofrenia. Otra dificultad se relacionó con el hecho de que aún no se conoce la etiología del retraso mental, como mencionó Sao (2007), la misma supone una multicausalidad, pudiendo ser los factores genéticos, ambientales y psicosociales. De todos modos, Benítez (1992) aclaró que la afectación en la conformación de la personalidad de un individuo con hebefrenia produce como consecuencia una debilidad mental, y esto se tuvo en cuenta para diagnosticar. Lo que sí se pudo afirmar con certeza es que el paciente presentó los síntomas de ambos trastornos a lo largo de las entrevistas.

Por último, es importante mencionar que el equipo tratante al realizar el diagnóstico, incluyó exámenes complementarios. Sí bien estos exámenes son de rutina en el hospital, siendo laboratorio completo, radiografía torácica, electrocardiograma y electroencefalograma, sirven para dar cuenta si el paciente presenta alguna afectación clínica, alguna lesión cerebral relevante en la cual se deba pensar en alguna patología orgánica o bien para observar si los valores resultan normales. Todo lo mencionado es importante para continuar con el tratamiento y para descartar organicidad. En el caso de R, no se encontró ninguna afectación relevante en los estudios para evaluar, como así tampoco cuando se le preguntó tanto a él como a su familia acerca de antecedentes clínicos o traumatológicos de importancia.

5.3 Describir las intervenciones realizadas por los distintos profesionales del hospital.

Las intervenciones que se describen en este apartado, tienen que ver con el tratamiento realizado en el servicio de admisión. El servicio trabaja con pacientes que se encuentran en el periodo agudo de la enfermedad, su mayoría se encuentra luego de un brote psicótico por lo cual, se trabaja de manera integral con el fin de lograr compensar el cuadro que se presenta.

Sí bien se trabaja de manera interdisciplinaria, se explica cada una por separado en los siguientes subapartados.

5.3.1 Abordaje terapéutico

El tratamiento psicológico en pacientes agudos como son los pacientes que se encuentran en el servicio de admisión resulta algo difícil, ya que al no estar clínicamente compensados algunas intervenciones no se pueden realizar y se trabaja teniendo en cuenta que el paciente se encuentra en un periodo crítico de la enfermedad. Diversos autores han identificado que la manera más adecuada para trabajar con pacientes como R desde un servicio hospitalario es por fases de acuerdo a como va evolucionando la enfermedad o mejorando el cuadro (Ruiz-Iriondo et al., 2013).

La psicóloga ha trabajado con R en base a los encuentros diarios. La misma refirió que cada encuentro con el paciente es un nuevo encuentro y que hay que trabajar con la demanda que presenta. Se trabajó mediante el poder guiar y orientar al paciente pudiendo generar que el paciente alivie sus síntomas y mejore su calidad de vida. Los pacientes con esquizofrenia y retraso mental, suelen necesitar la repetición constante de un patrón, en el sentido que no pueden fijar ideas (Servat et al., 2005)

Las conductas que presentaba R parecían añejadas, las cuales según el DSM (2000) se relacionan con el propio cuadro. Según APA (2013) los individuos con retraso mental presentan un déficit para adaptarse a su edad cronológica y presentar alteración en áreas como la comunicación interpersonal, el desarrollo de habilidades sociales, capacidad de autocontrolarse y la imposibilidad de asegurar su cuidado personal. Estas cuestiones mencionadas fueron tenidas en cuenta por

la psicóloga para trabajar con R y se trabajó con cada una de las alteraciones.

La comunicación interpersonal en R solía presentar fallas, el paciente no lograba mantener relaciones duraderas ni podía expresarse de manera adecuada. Se trabajó con respecto a las habilidades sociales, en el desarrollo de las mismas. R había tenido peleas con sus compañeros del servicio ya que en algunos momentos se ponía insistente con alguna temática y los pacientes lo agredían físicamente. Además, al momento del ingreso, presentó conductas heteroagresivas con algunos compañeros. Se conversó sobre este tema con él, durante muchas sesiones diarias, indicándole de que manera podía comportarse para evitar las peleas con sus pares como por ejemplo, expresándose de una forma más sociable.

Todo lo mencionado también se relaciona con el poder autocontrolarse, lo que le resultaba muy costoso. Como manifestaron Masters, Johnson y Kolodny (1987) los pacientes como R, al comportarse de manera infantil presentan una dificultad en controlar sus conductas e impulsos.

Se le indicó a R, que al tener algún problema acudiera a su equipo tratante o a enfermería para evitar las peleas, como así también solía ponerse insistente a la hora de ser atendido y no podía controlarse, el paciente tocaba la puerta de manera constante y pedía ser atendido, esta conducta fue revertida mediante que, a lo largo de las entrevistas, se le inculcó el concepto de espera y, que de lo contrario, no iba a ser atendido.

En cuanto a la dificultad en poder cuidar su propia salud e higiene, R tenía conductas que atentaban contra su salud. Uno de los comportamientos que resultaban preocupantes eran de autoagresión, al frustrarse frente a algo, R se golpeaba la cabeza contra la pared, esto fue disminuyendo cuando se pudo trabajar en el control de los impulsos tanto farmacológicamente como terapéuticamente.

En lo que atañe al tratamiento psicológico, se trabajó en parte mediante el chiste, logrando que mediante la risa el paciente entienda que esa conducta lo podía llevar a una lesión grave y explicándole que eso lo iba a llevar a estar más tiempo internado. R además, fumaba de manera descontrolada, solía agarrar

incluso las colillas de cigarrillo del piso y fumar provocando un daño en sus pulmones pero también en sus dedos que se encontraban quemados, esto también se conversó con el paciente haciéndole entender el daño que se generaba presentándole otro tipo de estímulo como el escribir y dibujar cuando sentía mucha ansiedad de fumar.

En lo que respecta a la higiene, resultó imprescindible la psicoeducación, es aquí donde también se acudió a la intervención de los enfermeros para que se le fomentará el baño diario, como también el lavado de manos. El equipo tratante ha manifestado reiteradas veces la importancia de cuidar su higiene.

Una de las intervenciones más importantes y a su vez de mayor dificultad es la toma de conciencia de enfermedad (Yust & Garcelán, 1997). R no tenía conciencia ni de situación ni de enfermedad y manifestaba constantemente que él estaba internado porque su familia no lo quería. Se intervino haciéndole entender sus limitaciones y dificultades y mostrándole las cosas que sí podía hacer propiciándole distintos talleres desde el hospital, o distintas actividades que él sí podría realizar, pero éstas no han dado resultado debido a que el paciente no lograba identificarse con ninguno de ellos. Al pensar en las actividades que se ofrecieron al paciente fue importante conocer sus gustos e intereses y no inculcarle lo que el equipo consideraba correcto aunque no hubo ningún taller que le resultara de su interés, a su vez, se pensó que el paciente no se encontraba compensado para poder realizar los mismos ya que no habría podido sostenerlos. Ruiz- Iriando (2013) aludió con énfasis a la necesidad de generar herramientas en pacientes como R, para que puedan elevar su autoestima y aumentar su confianza, propiciándole autonomía en la resolución de sus problemas pensando tanto en el manejo dentro del hospital como fuera del mismo, es por esto que se pensó en la posibilidad de los talleres mencionados que además ofrecían la posibilidad de un oficio para al egreso de la internación conseguir un trabajo relacionado sumado a generar una identidad en el paciente.

Una de las cuestiones más importantes en el tratamiento de R, era poder disminuir la angustia que presentaba principalmente por su vínculo doloroso con la familia. El sentimiento de rechazo que sufría R por parte de sus familiares, se iba

incrementando ya que no lo visitaban y no contestaban sus llamados telefónicos, es aquí donde surgió la necesidad de intervenir a nivel familiar. Se trabajó desde el servicio con mucha insistencia en el acercamiento de R a su familia, aunque no fue logrado. Se citó a la familia muchas veces y han llegado al servicio apenas una o dos veces durante los casi 6 meses que estuvo internado. Según Galletero (2002) los pacientes con las características de R presentan problemáticas en los vínculos familiares y son importantes para trabajar terapéuticamente.

Se intentó una vez que el paciente se encontraba compensado, otorgarle permiso de salida a su casa, pero la familia no vino a buscarlo, fue entonces que la asistente social del hospital lo acompañó en un taxi hacia su domicilio pero a los dos días la familia lo trajo nuevamente al hospital. Por un lado, los familiares refieren que en el permiso de salida el paciente no quería tomar la medicación y se ponía violento pero, por otra parte, el paciente refiere haberse sentido despreciado y maltratado. Al pasar el tiempo se dejó de pensar en la posibilidad del armado de red con la familia del paciente ya que no se obtuvo ningún resultado.

Una vez que se ha visto que la familia no es una red de apoyo y que no quieren o pueden ayudar al paciente, se intentó buscar alternativas dentro del hospital. La religión fue un punto de apoyo para R y se usó como medida terapéutica en ciertas ocasiones, los conceptos como la fe y la creencia pueden ser utilizados para aliviar al paciente en momentos de mucha angustia en tanto al mismo le resulten. La iglesia se volvió un lugar de contención y de protección y principalmente le prestaban atención. Esta intervención fue pensada como posibilidad de generar una identidad en el paciente, de que pueda tener su lugar y contar que vivió en él, pero tampoco duró mucho tiempo ya que llegó un momento en el cual el paciente no quería ir más. A su vez esta intervención, tenía como intención generar en R un dominio de la situación ya que él iba desde el servicio hacia la iglesia del hospital solo y se confiaba en que regresaría, dándole un voto de confianza. Esta acción se relaciona con lo mencionado por Estévez, Barón y Kustner (2004) quienes propusieron como técnica ofrecer estrategias de

comportamiento y manejo de los síntomas, en este caso, la impulsividad de R, fue controlada por sí mismo manteniendo una conducta positiva que lo llevaría a regresar a la iglesia las veces que quisiera.

Hecker (1871) ha detallado acerca de la conformación de la personalidad en pacientes hebefrénicos, refiriendo que las confusiones generadas en ese proceso evolutivo provocan sentimientos de extrañeza y un desequilibrio mental que resulta patológico lo que además puede provocar una labilidad emocional que se refleja en un impulso bizarro a la acción, en furia repentina y en estados de melancolía prologados como los que presentó R durante su internación. Es decir, no se logró generar un sentimiento de identidad debido a estas confusiones lo que luego, en su internación se debió trabajar y para lo cual la iglesia sirvió como referencia. El paciente se sentía parte de la iglesia, manifestándose creyente, ya que el cura le otorgaba la seguridad que él necesitaba.

Por último, es importante mencionar la intervención que se realizó en cuanto a la adherencia al tratamiento, la cual mencionan Muñoz Molina y Ruiz Cala (2007) como indispensable para lograr la integración a su medio social. Se trabajó con R constantemente sobre la continuidad del tratamiento para que no volviera a internarse, remitiéndose a la cantidad de internaciones que presentó. Se le insistió diariamente acerca de la toma de medicación dándole un valor sumamente importante. Vallinas y Lemos (2001) agregaron que una de las vías para la prevención de una recaída es sin duda la terapia psicológica. Como mencionaron Yust y Garcelán (1997) una de las formas de lograr las recaídas y la adherencia al tratamiento es a través de la explicación hacia el paciente de que sus miedos pueden disminuir y sus habilidades sociales pueden mejorar. Durante el tratamiento de R se trabajó haciéndole entender que tenía dificultad en las habilidades sociales específicamente en la vinculación con su familia y que esto podía mejorar si él era riguroso en su tratamiento.

5.3.2 Abordaje farmacológico

El abordaje farmacológico va a variar según la historia del paciente y

según los síntomas que presente, como mencionó Tajima (2009) la elección del fármaco depende de la fase de la enfermedad en la cual se encuentra el paciente. R se encontraba en un estado agudo presentando síntomas positivos. Giráldez, Iglesias y Fernández (2006) mencionan que la medicación tiene como objetivo principal reducir la intensidad de los síntomas positivos y la frecuencia de aparición.

La psiquiatra refirió que con pacientes de estas características se suelen utilizar benzodiacepinas, antipsicóticos y, algunas veces, estabilizadores del estado de ánimo dependiendo del grado de impulsividad del paciente. En el caso de R, la medicación que se le administró fue: Haloperidol 5 mg 6 ampollas diarias, Lorazepam 4 mg 3 ampollas diarias de manera intramuscular y 1500 mg de Valcote vía oral. Como se menciona anteriormente, R tomaba un antipsicótico, una benzodiacepina y un estabilizador del estado de ánimo. La psiquiatra explicó que el Haloperidol (antipsicótico) sirvió en este caso para disminuir las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes, el Lorazepam (BZD) para disminuir la ansiedad y evitar la excitación psicomotriz y, por último, el estabilizador (Valcote) se utilizó para mejorar el control de los impulsos como así también y particularmente en este caso, para evitar convulsiones debido a la sospecha de golpes recurrentes en la cabeza por las conductas de autoagresión que había presentado R. Es importante disminuir estos síntomas que generan riesgos de autolesión para cuidar la integridad física del paciente como acuerda también Artigas Pallares (2006).

Ya que en un momento los familiares habían comentado que el paciente les pegaba al momento de darle la medicación y que solía dejarla e incluso R refería que al salir del hospital iba a tirar la medicación y se iba a emborrachar, se decide administrar el decanoato de Haloperidol de 3 ml, que funciona como reserva para evitar una rápida recaída en el caso de que abandone tratamiento. Desafortunadamente, en un estudio realizado

por Roca (2006) se dio cuenta que los pacientes externados no solían tomar la medicación de manera frecuente, lo que lleva al recurso del decanoato.

La psiquiatra relató que durante la administración de la medicación el paciente presentaba mucha sialorrea que le dificultaba enormemente el habla, por lo que se decidió comenzar a disminuir el haloperidol, como así también con el correr de los días se comenzó a administrar la medicación vía oral para evitar las inyecciones.

La medicación suele ir modificándose, de manera que al estar mejor el paciente, se disminuye la dosis para poder administrar la menor cantidad posible de fármacos. En el caso de R, al pasar las semanas de internación y estar mejor en su cuadro, se le fue disminuyendo también hasta que comenzaron síntomas depresivos e incluso algunas ideas de autolesionarse. Para entonces, el jefe de servicio sugirió la modificación del plan de medicación, propuso quitar el haloperidol que para entonces ya era bastante baja la dosis, y luego comenzar a administrarle lamotrigina, siendo este otro estabilizador del ánimo pero que se suele utilizar más en los síntomas depresivos. Bastos (2006) también mencionó que los fármacos estabilizadores del estado de ánimo se utilizan para disminuir la impulsividad y la conducta de auto y heteroagresión logrando una buena respuesta.

Este último fármaco ayudó mucho a R, principalmente con los síntomas como la sialorrea la cual desapareció del todo, pero principalmente estabilizándolo y haciendo desaparecer las ideas de muerte.

Cuando terminó este proceso de medicación y se logró estabilizar el cuadro del paciente se decidió pasarlo a un servicio no tan agudo y de puertas abiertas para que pueda comenzar a realizar talleres y de a poco ir pensando en la posibilidad de externación. Para poder pensar en continuar el tratamiento ambulatorio, era necesario poder disminuir la dosificación de

la medicación, así como diversos autores lo afirmaron, esto aporta a que la realización del tratamiento por fuera del hospital sea cómoda para el paciente y pueda ser consistente (Mingote Adan et al., 2007)

5.3.3 Intervención del servicio social del hospital

Es aquí donde se describe la labor de la trabajadora social del hospital.

La trabajadora social cumplió una función muy importante en el proceso de tratamiento de R, a través de su intervención se pudieron lograr muchos avances. Son muchas las tareas que atañen al servicio social del hospital ya que se ocupa de la asistencia a la población que se encuentra en riesgo social y, en el caso de esté hospital, el riesgo no se presenta solamente por la patología del paciente si no por la situación socioeconómica que presenta como así también la exclusión socio-familiar. Es importante entender a partir de la Ley de salud mental (Ley N° 26657, 2010) que los conflictos familiares o de vivienda del paciente no son motivo de internación y que el Estado debe gestionar los recursos a través de los organismos públicos para que esta problemática se resuelva con la intención de la pronta externación. Estos recursos que proporciona el Estado son propiciados por el servicio social del hospital.

La labor del servicio puede entenderse como un pilar fundamental de la internación ya que proporciona información necesaria tanto a la familia como al paciente para lograr la toma de conciencia de las limitaciones de la enfermedad y de las posibilidades que proporciona el Estado para auxiliar al paciente al momento de su externación como, por ejemplo, mediante una pensión por discapacidad. La pensión no solamente ayuda de manera económicamente al paciente si no que le da la posibilidad de ser parte de la sociedad y realizar actividades aunque de manera asistida, pero siendo incluidos dentro de la red social de la comunidad a la cual pertenece (Florit-Robles, 2006). Además, es interesante considerar que sí bien suelen precisar un acompañamiento y su área social e interpersonal suele verse afectada, con ayuda de los cuidadores se puede desarrollar la misma e, inclusive, con estimulación pueden realizar trabajos

sencillos (APA, 2013).

En el caso de R se pudo observar la exclusión socio-familiar, en tanto que la familia no habría conformado una red de apoyo y no ayudó en el proceso de tratamiento. Es aquí donde la asistente social tomó la función de mediación ocupándose de la unión de las partes en conflicto para lograr la resolución de distintas problemáticas. Se pudo resolver mediante la intervención de la trabajadora social la adquisición del documento de identidad de R, como algunos documentos legales que eran de suma importancia para las intervenciones que se realizaron con R como la afiliación a la obra social, lo cual se explica en el siguiente párrafo.

En el caso de R la pensión por discapacidad y la afiliación a una obra social para personas con discapacidad mental fue gestionada por la trabajadora social debido a que los familiares de R no han tomado la responsabilidad para realizar el trámite. La afiliación a la obra social no ha sido fácil, ha demorado mucho y se ha pedido mucha documentación algo difícil de obtener pero, finalmente, se logró afiliar a R a la misma.

El servicio social entiende a la salud como emergente de la cuestión social y en este sentido, contextualizando la historia de R, se pudo observar claramente la necesidad de una intervención familiar. Como menciona Paola Coronel (2012) patologías como las de R pueden entenderse como la relación entre las limitaciones en el funcionamiento de una persona y su entorno sociocultural, en este sentido era de suma importancia entender el funcionamiento del sistema familiar para comprender las dificultades de R.

La asistente social colaboró al equipo tratante en las numerosas llamadas telefónicas a la familia de R con el fin de poder citarlos para poder, no solamente lograr su ayuda, en las distintas cuestiones legales sino para lograr la unión de los mismos y orientarlos en las características de la enfermedad. La trabajadora social además ha realizado visitas domiciliarias e incluso ha acompañado a R en uno de

los permisos de salida que se probó con el paciente para, posteriormente, otorgar su alta institucional, lo cual no ha funcionado.

Por último, la trabajadora social una vez que había conseguido la afiliación, se ha comunicado con varias instituciones como ser hogares vivenciales para poder lograr las condiciones de vivienda necesarias para R, ha logrado la entrevista con un hogar pero, lamentablemente, el paciente no fue admitido, pero aun así se siguió trabajando con el fin de agilizar la espera dentro de lo posible con el fin de poder mejorar la calidad de vida de R, la cual sin duda se relaciona también con la modalidad de tratamiento que reciben de la comunidad y de sus cuidadores (Navarro Bayon et al., 2008).

5.4 Analizar la incidencia de las redes de apoyo social en el tratamiento de un paciente con hebefrenia y retraso mental y en su posible externación.

Al indagar sobre la incidencia de las redes de apoyo social en el tratamiento de R, resultó difícil de abordar. Se pudo observar cómo el equipo tratante y determinadas personas lo han ayudado a atravesar el proceso crítico de la internación conformando una red de contención para R pero, por otro lado, al momento de pensar en su externación, el paciente seguía carente de red. Esto es lo que se analiza en este apartado.

R fue internado por su familia de manera involuntaria, por diversos motivos que fueron descritos en apartados anteriores, desafortunadamente tanto previo a la internación como en el permiso de salida a la casa que se le otorgó al paciente, los familiares manifestaron la falta de control que tenían sobre R y que les era imposible integrarlo a su familia. R sufrió mucho las consecuencias de la separación con su familia, se sintió abandonado y despreciado ya que, como se ha contado, no lo han venido a visitar a pesar de las múltiples solicitudes del equipo tratante de que sucediera. La sensación de R fue una clara expresión de falta de red, lo que obstaculizó su tratamiento, como mencionaron Álvarez, Troncoso y Sepúlveda (1995), las redes en pacientes como R, al ser continentes

favorecen el tratamiento y disminuyen posibles reinternaciones.

Se entiende desde la perspectiva del equipo tratante que la red de apoyo fundamental para pacientes como R es la familia, como así también lo refiere Gómez (2009) indicando que acercar al paciente a su entorno de origen en el cual pueda ser cuidado puede ser sumamente poderoso y exitoso tanto para la familia como para el propio paciente. Es por lo mencionado que se ha intentado trabajar con la familia, explicándoles la importancia de fortalecer el vínculo y ofreciéndoles la ayuda desde el servicio, pero la intervención no fue exitosa.

Desde la visión del equipo tratante R necesita acompañamiento constante. Debido a su patología en la cual se ven afectadas las funciones de cuidado personal, necesita constantemente de un otro que lo pueda socorrer y a su vez estimular el área social e interpersonal del paciente (APA, 2013). Es por lo mencionado que la construcción de una red en R tiene un valor muy importante para su reinserción.

Durante la internación en el servicio de admisión, se pudo lograr una red de apoyo con el equipo tratante, los distintos profesionales del servicio dedicaban su tiempo a acompañarlo al parque, a la iglesia y, por supuesto, a conversar con él las veces que fuera necesario en el día. Realmente las intervenciones con R duraban más tiempo que con el resto de los pacientes con la intención de lograr que se sienta acogido por los distintos integrantes del equipo profesional. A su vez, el servicio de admisión del hospital es un servicio en el cual los pacientes no suelen estar más de un mes internados y, en el caso de R, su internación cumplió medio año, lo que hizo que el sintiera al servicio como su lugar de pertenencia y lo que de a poco lamentablemente iba dificultando el pase a otro servicio.

Como se mencionó en apartados anteriores, la iglesia, funcionó como red para R. La red social puede ser brindada por una persona, un grupo familiar o alguna institución como ser el hospital (Álvarez, Troncoso & Sepúlveda, 1995) y así lo fue el cura para R. La contención que le brindaba el cura fue muy importante y para el equipo tratante fue incluso considerado como una parte indispensable en su mejoría.

Todo lo que se logró desde el servicio fue muy interesante pero constantemente surgía la pregunta de qué iba a ser del futuro de R luego de su externación si su familia no lo recibiría en su casa y por supuesto, tampoco existía la posibilidad de darle el alta a un paciente que se encontraría de ahora en más en situación de calle. Una vez que R se encontró estable en su cuadro y con posibilidades de externación, se volvió a contactar a la familia en primer lugar sin obtener respuesta una vez más. Según Gómez (2013) el proceso de desinstitutionalización de los hospitales psiquiátricos puede llevar a considerar importante el rol familiar como apoyo social para la reinserción del paciente y en este caso al no contar con el grupo familiar se empezó a pensar en otras alternativas.

Se consultó con servicio social e incluso con la defensoría nacional para pensar las posibilidades de este paciente. La asistente social sugirió comenzar un trámite para su posible afiliación a una obra social para personas con discapacidad mental. Este trámite se demoró mucho tiempo, lo que llevó a que R estuviera más tiempo internado y tenga constante recaídas relacionadas con su situación que le generaba mucho malestar. Los profesionales habían observado que el paciente había mejorado y evolucionado bastante pero su permanencia en el hospital se habría tornado una “internación social”.

Una de las expectativas que tenía el equipo tratante era poder conseguir la derivación a un hogar asistencial ya que allí no solamente tendría donde vivir sino que también sería una buena opción para asegurar la continuidad de su tratamiento. Dado la evidencia que R tenía un deterioro cognitivo que afectaba su calidad de vida de manera biopsicosocial, se entiende que se vería obligado a realizar tratamiento de manera permanente (Cavieres & Valdebenito, 2005). Esta alternativa parecía ser la indicada a pesar de que el equipo tratante confesó que los hogares asistenciales en la actualidad, desde su perspectiva, no tienen el poder de acoger a los pacientes ni los recursos necesarios. También se manifestó el temor de que no pudiera adaptarse a un nuevo sitio pero aun así, seguía siendo la mejor y única alternativa.

Es importante entender lo mencionado por Laviana Cuetos (2006) en tanto

la necesidad de un paciente como R de apoyo social, de una red comunitaria en diversos servicios y diversos profesionales. Los equipos de salud mental desde una perspectiva psicosocial pueden trabajar de manera interdisciplinaria generando la evolución del paciente como fue en el servicio de admisión. Sin duda son necesarias las intervenciones psicológicas, psicoeducativas para el paciente y su entorno y también las farmacológicas. El tratamiento integrado es aquel que posibilita una mayor calidad de vida a pacientes con trastornos mentales graves, pero no resulta tan fácil cuando no hay red familiar.

Se siguió trabajando e investigando la posibilidad de distintos programas para R, y mientras esperando la respuesta de la obra social en cuanto a la posibilidad de su pase a un hogar. Sin duda, la carencia de redes, incide enormemente en la posibilidad de externación de un paciente y en el caso de R, se puede observar claramente.

6. Conclusión

6.1 Resumen del desarrollo

A partir del desarrollo expuesto en este trabajo se ha podido observar el proceso de tratamiento de un paciente con hebefrenia y retraso mental en el servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico público, comprendiendo la modalidad de trabajo del equipo tratante durante el periodo crítico del paciente al momento de su internación (Ruiz-Iriondo et al., 2013). Como se ha mencionado, R ha sido internado de manera involuntaria por su familia quienes no han podido abordar la problemática de la enfermedad del paciente y quienes presentaban además una disfuncionalidad familiar de gran complejidad.

Se ha podido comprender el motivo de internación del paciente siendo éste un brote psicótico característico de su cuadro de base, bajo la modalidad de un cuadro de excitación psicomotriz que lo llevó a su hospitalización.

Asimismo se ha podido ver cómo se gestionó el diagnóstico desde el servicio de admisión del hospital mediante las entrevistas diarias con el paciente y con la información proporcionada tanto por la familia como por la historia clínica anterior del paciente. Se relató que el diagnóstico ha sido generado a partir de la semiología presentada por R pero sin dejar de lado su contexto sociohistórico (Muñoz & Jaramillo, 2015).

En el análisis del trabajo se han descrito las intervenciones del equipo tratante del paciente tanto de manera psicoterapéutica como desde el abordaje farmacológico, complementando entre ambos una terapia integral orientada a disminuir los síntomas que le provocan al paciente malestar y mejorando su calidad de vida (Valencia, Murow & Rascón, 2006).

A su vez, se ha mencionado la labor del servicio social del hospital habiendo tenido mucha influencia en la continuidad del

tratamiento del paciente en lo que atañó su condición de vulnerabilidad social teniendo que ser ayudado por el servicio.

Por último, se ha trabajado el concepto de red de apoyo social, entendiendo la importancia de la misma para mejorar la calidad de vida de un paciente y comprendiendo que un paciente que tiene una red continente a lo largo de su vida va a tener menores recaídas de su cuadro y menor posibilidad de reinternación (Álvarez, Troncoso & Sepúlveda, 1995).

Se han desarrollado los distintos programas y dispositivos vigentes tratando de conocer la eficacia de los mismos para pensar la posibilidad de un paciente con hebefrenia y retraso mental como ser el caso de R, posterior a su internación, logrando su rehabilitación psicosocial y su reinserción social (Florit-Robles, 2006).

Ha sido mediante el análisis de la incidencia de las redes de apoyo social en el tratamiento de R donde se han puesto muchas variables en cuestión y donde se ha podido ver como la carencia de red obstaculizó su externación y lo que lo lleva a un mal pronóstico según los distintos profesionales del hospital. Lo que ha motivado el trabajo ha sido la indagación acerca de cuándo se convierte una internación en “internación social” por la falta de recursos y de redes de apoyo.

6.2 Limitaciones

Al hablar de las limitaciones del trabajo, surgen algunas cuestiones que han llamado la atención a la hora de comprender el caso. Ha sido sumamente interesante abordar el caso de R, principalmente el hecho de que su internación en el servicio de admisión fue prolongada en el tiempo dio lugar a poder conocer su historia pero fue así como también, la variable del tiempo ha sido un factor de dificultad. El hecho de que R haya estado internado tanto tiempo en el servicio de admisión generaba un malestar tanto para sí como para el equipo tratante y lo que lo llevaba a constantes descompensaciones de

su cuadro, fue entonces donde se considera que la urgencia del día a día del servicio con R limitaba la indagación acerca de su diagnóstico. Ha llevado mucho tiempo comprender el trastorno de R dada su condición social y mediante la involucración en el tema se han perdido algunos datos importantes de recaudar como ser la profundidad en las entrevistas familiares para poder lograr comprender principalmente por qué razón no había funcionado nunca un tratamiento ambulatorio en el hospital anterior o por qué en el momento que R no pudo continuar con su escolaridad no se pensó en un taller alternativo o en el caso de que sí por qué éste no funcionó. Estas preguntas son limitaciones a la hora de poder pensar en un plan futuro con el paciente, pudiendo comprender con exactitud cuál sería el programa o dispositivo acorde para sí. Por otra parte, el hecho de que el paciente constantemente tenía recaídas limitaba la posibilidad de trabajar con él para poder conocer sus gustos e intereses y, de esta manera, ayudarlo a encontrar algún taller que lo motive.

A su vez, se ha encontrado una dificultad en la modalidad de diagnóstico. En el hospital se utiliza aun en la actualidad el DSM IV TR (APA, 2002) y a la hora de realizar el trabajo y poder contextualizar en el DSM V (APA, 2013) por ejemplo, la esquizofrenia desorganizada la cual ya no es mencionada allí, generando entonces que el diagnóstico se vea desactualizado.

Por último, al tratarse de un servicio de urgencia en el cual se trabaja el periodo crítico del paciente, la modalidad de trabajo psicoterapéutico resultó difícil de entender. Debido a que el paciente se encuentra descompensando se trabaja de manera diaria sin poder pensar en una planificación clara de tratamiento psicológico, sino que la demanda del paciente se va modificando de acuerdo a la evolución del cuadro y es entonces que algunas intervenciones psicoterapéuticas se encuentran limitadas en esta instancia de la internación.

6.3 Aporte personal

Se considera que este trabajo trae consigo la posibilidad de reflexionar y tomar conciencia de las condiciones psicosociales de pacientes con trastornos mentales que se encuentran internados y que carecen de redes de apoyo social. Se propone re pensar el concepto de red de apoyo social entendiendo que la red podría ser generada desde la sociedad incluso en personas que no tienen familia a través de las distintas instituciones, pero es esto, a su vez, un llamado de atención ya que, muchas veces, las mismas no cuentan con los recursos necesarios y no tienen la capacidad de alojar a los pacientes generando el propósito inverso.

Se ha podido ver en estudios realizados como la inclusión social presenta una dificultad en nuestra sociedad debido a que la población percibe a los pacientes con enfermedades mentales como peligrosos e incluso sintiendo cierto rechazo (Leiderman, 2011) lo que lleva a que solamente los profesionales del área de salud mental piensen en esta problemática. Se sugiere pensar como posible problema de investigación futuro, sí este problema social pudiera ser abordado desde otras disciplinas entendiendo que es un inconveniente que involucra a toda la sociedad y no solo al que padece un trastorno mental.

Asimismo, siguiendo esta línea, se intenta disminuir la discriminación mediante el aporte de información como así también disminuir la subestimación en pacientes con esquizofrenia y retraso mental, tratando de demostrar que son personas que con acompañamiento y orientación, pueden funcionar en la sociedad teniendo trabajos sencillos que le proporcionen identidad e incluso lugar de pertenencia y aportando, aunque con su limitación, a la comunidad. Se propone ver la posibilidad de que áreas como las ciencias políticas e incluso las ciencias económicas pudieran evaluar la posibilidad de la inclusión de los pacientes a los mercados y hasta pensar en una posible capacitación para personas con trastornos mentales a través de las

empresas con el fin de que ambos se puedan ver beneficiados.

6.4 Perspectiva crítica

Este trabajo ha enriquecido enormemente la formación profesional en la medida que se han podido adquirir herramientas tanto psicoterapéuticas como humanitarias. Se ha podido aprender la importancia de la intervención y la poderosa función que tiene el acompañar y contener a un paciente que se encuentra atravesando sus primeros días de internación.

Además, ha abierto la posibilidad de re pensar conceptos valorativos y poder indagar acerca de las problemáticas sociales de nuestro país en lo que respecta a la salud mental. Se ha podido obtener el conocimiento necesario para poder continuar estudiando la eficacia de los programas y dispositivos que existen para pacientes con hebefrenia y retraso mental e incluso poder pensar en su mejoría o en desarrollar distintas líneas de trabajo.

Se ha podido comprender el funcionamiento del servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico público y la importancia de la labor interdisciplinaria, lo que presenta un desafío pero aporta enormemente a la contención del paciente y al propio profesional. Se considera que el hospital tiene la capacidad de nutrir de conocimientos a cualquier profesional que trabaje allí, incrementando sus capacidades para profesionalizarse en el área hospitalaria y comunitaria.

Por último resulta importante pensar en las limitaciones de los recursos del Estado para poder continuar estudiando y desarrollando soluciones futuras, ya que como se ha explicado en apartados anteriores, a veces los tiempos de las obras sociales estatales o mismo la gestación de los trámites legales no suelen ser los adecuados para un paciente bajo internación, se piensa que no se considera esta variable y que lamentablemente esta dificultad genera mucho malestar en los pacientes internados en un hospital neuropsiquiátrico público.

7. Referencias bibliográficas

Álvarez, C., Troncoso, M. & Sepúlveda, R. (1995). *Apoyo social, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema/ Social support, mental health and schizophrenia; a review*. *Revista Psiquiatría Santiago de Chile*; 12(3/4): 154-61

Alonso, M. Á. V. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002*. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(205), 5-19.

American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Angst, J. (2002). Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 57, 5-13.

Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento farmacológico del retraso mental. *Rev Neurol*, 42(Supl 1), S109-S115.

Apiquían-Guitart, R., Fresán-Orellana, A., García-Anaya, M., Lóyzaga-Mendoza, C., & Nicolini-Sánchez, H. (2006). *Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico: Estudio de seguimiento a un año*. *Gaceta médica de México*, 142(2), 113-120. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132006000200006&lng=es&tlng=es.

- Bastos, H. (2006). *Psicopatología y Retraso Mental*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 13(2).
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2005). *BDI- II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Benassini, O. (2001). *La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI*. Salud Mental, 24(6), 62-73.
- Benavides, J. C. R. (2011). *Imagen mental reproductora estática y cinética en sujetos con retardo mental leve y moderado*. Revista de Investigación en Psicología, 14(2), 131-150.
- Benítez, I. (1992). ALCMEON 6 *La evolución del concepto de hebefrenia* (1ra. parte). Alcmeon, 2(2), 182-205
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). *Psychiatric comorbidities and schizophrenia*. Schizophrenia bulletin, 35(2), 383-402.
- Cavieres F., & Valdebenito V. (2005). *Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 43(2), 97-108
- De la Cruz, M. V. (1997). *Manual de test clasificación de tarjetas de Wisconsin: adaptación española*. Madrid: TEA.
- Di Nuovo, S. F., & Buono, S. (2007). *Psychiatric syndromes comorbid with mental retardation: differences in cognitive and adaptive skills*. Journal of psychiatric research, 41(9), 795-800.
- Estévez, J. F. J., Barón, J. C. M., & Küstner, B. M. (2004). *Tratamiento psicológico*

de la esquizofrenia. Cuadernos de psiquiatría comunitaria, 4(2), 159-174.

Fernando Muñoz, L., & Jaramillo, L. E. (2015). *DSM-5:¿ Cambios significativos?*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(125), 111-121. doi: 10.4321/S0211-57352015000100008

Ferretti, J.M. (2000) *Guía diagnóstica y Pronóstica de los retrasados mentales*. Alemcon. Rev Arg Clínica Neuropq; 8, 157-173.

Florit-Robles, A. (2006). *La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica*. Apuntes de Psicología, 24(1-3), 223-244.

Galletero, J. M., Gonzalo, A., Mendivil, J. L., Puente, Y., Segura, A., & Artasol, L. (2002). *La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos*. Avances en Salud Mental Relacional (revista electrónica), 1(2).

Gómez, N.N. (2013). *Schizophrenia and family intervention in Spain: a review of psychological interventions for the last ten years*. Psychology, Society, & Education 5(2), 2085-2171.

Gómez, S. A. (2009). *El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica*. Revista colombiana de psiquiatría, 38(1), 114-125.

Iddon, H.E. (2001). *Diagnóstico neurológico integral del retraso mental*. Vertex Rev. Arg. De Psiquiatria. 12: 280-286

Keefe, R. S., & Fenton, W. S. (2007). *How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment?*. Schizophrenia bulletin, 33(4), 912-920.

Laviana Cuetos, M. (2006). *La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario*. Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología, 24 (1-3), 345-373.

Laviana, M. & López, M. (2007) *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 27 (1), 187-223.

Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., ... & Milev, R. (2011). *Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46(4), 281-290.

Ley N° 26657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 03 de diciembre del 2010.

Mansilla Izquierdo, F. (1993). *Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 13(45), 124-129.

Márquez-Caraveo, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). *Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual*. Salud mental, 34(5), 443-449. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0185-3325.

Martinez, F. (2000). *Redes sociales de personas con esquizofrenia*. Cuadernos de Trabajo Social, (13), 299.

- Mingote Adán, J. C., Pino Cuadrado, P. D., Huidobro, Á., Gutiérrez García, D., Miguel Peciña, I. D., & Gálvez Herrero, M. (2007). *El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento*. Medicina y seguridad del trabajo, 53(208), 29-51.
- Muñoz Molina, F.J., & Ruiz Cala, S. L. (2007). *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia*. Revista colombiana de Psiquiatría, 36(1), 1-99.
- Monchablon Espinoza, A. & Derito, M. N. C. (2011). *Las psicosis*. Buenos Aires: Inter- Médica.
- Navarro Bayon, D., et al., (2008) *Calidad de vida apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave*. Intervención psicosocial online. 17 (3), 321-336 Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300008&lng=es&nrm=iso>.
- Navarro Guadarrama, N. Z., & Hernández González, A. I. (2012). *Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual*. Psicología y Salud, 22(2), 195-203.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Esquizofrenia*, N° 397. Recuperado en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Ortega García, H., Tirapu Ustárroz, J., & López-Goñi, J. J. (2012). *Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación*. Avances en Psicología Latinoamericana, 30(1), 39-51.
- Paola Coronel, C. (2012). *Análisis del contexto socioeconómico de niños con*

retraso mental. *Psicología y Salud*, 22(1), 37-48.

Pardo, V. (2005). *Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día*. *Rev Psiquiatr Urug*, 69(1), 71-83.

Pérez-Álvarez, M. (2012). *Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura*. *Psicothema*, 24(1), 1-9.

Roca, M. (2006). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras*. *Actas Esp Psiquiatr*, 34(6), 386-392.

Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, E. (2013). *Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos*. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1), 52-9.

Sandín, B. (2013). *DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286.

Sao, M. P., Cruz, A. L., Ferrer, R. L., & Vila, D. T. (2007). *Caracterización etiológica del retraso mental en una población del municipio Marianao*. *Rev Cubana Genet Comunit*, 1(1), 20-4.

Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Editorial Pax.

Servat, P., Lehmann, S., Harari, A., Gajardo, I., & Eva, C. (2005). *Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 210-216.

- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J., & Díaz-Marsá, M. (2009). *Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos*. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-342.
- Téllez R., G., Sánchez P., R., & Jaramillo, L. E. (2012). *Análisis de la estructura del síndrome psicótico agudo*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 48-60.
- Tisera, A., Léale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. L., & Joskowicz, A. (2013). *Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires*. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 251-258.
- Valencia, M., Murow, E., & Rascón, M. L. (2006). *Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 535-549.
- Vallina, O., & Lemos, S. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. *Psicothema*, 3, 345-364.
- Vázquez G., H. (2004) *¿La esquizofrenia empieza en la adolescencia?* *Psicodebate*, 5, 81-89.
- Wechsler, D. (2002). *La escala de inteligencia infantil WAIS-III. Manual técnico y Manual de administración y puntuación*. Buenos Aires: Paidós
- World Health Organization. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Yust, C. C., & Garcelán, S. P. (1997). *Tratamiento cognitivo-conductual de las*

ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. Revista de psicopatología y psicología clínica, 2(3), 275-291.

ANEXOS

SUBTEST	Puntaje bruto	Puntajes escalares ajustados por edad						Puntajes escalares del grupo de referencia
		VERBAL	EJEC.	CV	OP	MO	VP	
Completamiento de Figuras	4		2		2			2
Vocabulario	0	1		1				1
Digitos-Símbolos - Codificación	2		1				1	1
Analogías	3	1		1				1
Diseño con Cubos	0		1		1			1
Aritmética	5	2				2		2
Razonamiento con Matrices	1		1		1			1
Digitos	5	2				2		2
Información	4	4		4				4
Ordenamiento de Láminas	4		4					4
Comprensión	2	2						2
Búsqueda de Símbolos	3		(1)				1	1
Ordenamiento de Números-Letras	-	(-)				-		-
Rompecabezas	-		()					
Sumas de puntajes escalares		12	9	6	4	4	2	
		VERBAL	EJEC.	CV	OP	MO	VP	
Puntaje de Escala Completa (Verbal + de ejecución)		21						

Para convertir los puntajes brutos en puntajes escalares, véanse las tablas A.1 y A.2.

INFORME CI

Reservado

Nombre:
 Edad:
 Fecha de nacimiento:
 Nivel de Instrucción:
 Fecha de Evaluación:

Fue administrado el Test de Inteligencia para Adultos, WAIS - III, en el que se obtienen los siguientes resultados:

Coefficiente Intelectual de Escala Completa

CIEC: 48
 Percentil 0

Corresponde a un Retraso mental moderado

(Según el DSM IV: "71 Retraso mental moderado (318.0): CI entre 35-40 y 50-55.")

Coefficiente Intelectual Verbal

CIV: 54
 Percentil 0,1

Corresponde a un nivel extremadamente bajo

Coefficiente Intelectual de Ejecución

CIE: 51
 Percentil 0,1

Corresponde a un nivel extremadamente bajo

INDICESÍndice de Comprensión Verbal

Índice: 55
 Percentil 0,1
 Nivel extremadamente bajo

Índice de Organización Perceptual

Índice: 50
 Percentil <0,1
 Nivel extremadamente bajo

Índice de Memoria Operativa

Índice: 50
 Percentil <0,1
 Nivel extremadamente bajo

Índice de Velocidad de Procesamiento

Índice: 54
 Percentil 0,1
 Nivel extremadamente bajo

Puntajes escalares obtenidos en los Subtest

Subtest	Puntajes escalares ajustados por edad*
Compl. De figuras	2
Vocabulario	1
Digitos-Símbolos	1
Analogías	1
Diseño con cubos	1
Aritmética	2
Razonamiento con matrices	1
Digitos	2
Información	4
Ordenamiento de Láminas	4
Comprensión	2
Búsqueda de símbolos	1
Ordenamiento Números-letras	-
Rompecabezas	-

*Puntajes escalares: media 10

Observación de comportamiento

Al momento del examen el evaluado se encuentra vigil, tranquilo, lúcido y colaborador.

Actitud respecto del test:

Al comienzo muestra interés por lo presentado. Determinados subtests lo han motivado mientras que en otros ejercicios, se presentó fatigado, llevando al fin de los mismos.

El paciente refiere por momentos sentirse cansado y comenta que le resultan difíciles ciertos subtests. Parece no comprender consignas a pesar de su reiteración.

Atención y concentración:

El evaluado se muestra incapaz de concentrar y sostener la atención. Durante la evaluación, se presentaron momentos de interrupción debido a su distractibilidad. No logra focalizar en los estímulos, con excepción de aquellos que llaman particularmente su atención por significaciones particulares y distintas a las solicitadas en la evaluación.

Entrevistas

1. Entrevista Psicóloga

Comienza la entrevista con la psicóloga que constituye un pilar importante en el tratamiento diario de R.

Se comienza conversando acerca del motivo de internación del paciente. La psicóloga refiere que la internación de R en el momento en el que sucedió parecía inevitable, la familia comentó que habían perdido entonces el control sobre R, quien al estar descompensado en su cuadro presentaba enormes dificultades en la vida cotidiana. R se perdía por la calle y cada pocos días debían llamar a la policía para anunciar que estaba perdido, como así también en otros episodios, se ponía violento y hostil frente a todos los familiares y les generaba miedo y hasta incluso rechazo.

La realidad es que tanto la abuela como la tía, siendo ambas muy jóvenes, mantenían una vida “normal” en la cual ocuparse de R parecía una tarea difícil y molesta. A su vez la abuela, tenía una relación con un hombre que se había quedado ciego no hace mucho, lo que implicaba un cuidado diario y además el novio de la abuela tenía mucho conflicto con el paciente. Todas estas dificultades en la convivencia llevaron a que R sea “descuidado” y no continúe un tratamiento de manera adecuada, por ejemplo, los familiares no podían hacerse cargo de la toma de la medicación de R, lo que es fundamental para evitar su descompensación.

Es así entonces que el paciente se descompensa y es internado en el hospital por un cuadro de excitación psicomotriz de manera involuntaria presentando riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A la hora de realizar el diagnóstico, la primera herramienta con la que se trabaja es la historia clínica que, en este caso, el paciente había tenido varias intervenciones e internaciones en un hospital para menores de edad años anteriores. Además la familia al momento de la internación en la guardia aporta

todo tipo de datos de su crianza y del inicio de la enfermedad. Una vez que los pacientes pasan de la guardia al servicio de admisión, son entrevistados en la medida que puedan responder y son evaluadas sus funciones psíquicas y la sintomatología básica para comenzar a conocerlos.

Comenta que es difícil realizar cualquier tipo de diagnóstico en el ámbito psicológico y más aún en un servicio hospitalario de carácter agudo, pero pone énfasis en lo contextual. La psicóloga plantea que el tener en cuenta el lugar de origen del paciente es fundamental. Poder conocer a los integrantes de la familia y ver cómo funciona su comunicación, entender los códigos de la casa de crianza, como así también indagar acerca de los antecedentes psicopatológicos en la familia va a aportar muchos datos que serán relevantes a la hora de una aproximación diagnóstica.

En éste caso particularmente, R viene de una familia en la cual las interacciones habrían sido sumamente conflictivas. El paciente convivía con su abuela y su tía ya que su madre (esquizofrénica) se encuentra internada en un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires y el padre falleció hace muchos años. La convivencia en este hogar fue siempre muy dura y muy hostil para todos los integrantes, incluso la abuela comentaba que cuando la madre de R tenía permisos de salida y se quedaba algunos pocos días en la casa, ésta se tornaba un “infierno” en el cual habrían muchas peleas particularmente entre el paciente y su madre. La psicóloga manifiesta que esta mala relación con la madre generó una falta de incentivo materno, que se refleja claramente en las actitudes del paciente.

Se conversa acerca del abordaje terapéutico. La psicóloga pone énfasis y emoción en poder transmitir que cada encuentro con el paciente es un nuevo encuentro y especialmente en pacientes con estas características. Cada vez es un nuevo sujeto, con diferente demanda y con diferentes puntos para trabajar. Lo que la psicóloga propone es de acuerdo a las demandas y a lo que traen a la entrevista para trabajar, poder guiarlos e intentar ubicarlos y ordenarlos en la medida que sea posible. Los pacientes con esquizofrenia y retraso mental, suelen necesitar la repetición constante de un patrón, en el sentido que no pueden fijar

ideas y conductas. La psicóloga cuenta distintas situaciones o ejemplos en los cuales se manifiesta esta insistencia en ordenar al paciente, como ser, tener que pedirle que se tape la boca al bostezar 3, 4 veces en un lapso de 5 minutos, o R repetía quejas constantemente a la cuales se le respondía pero parecía no entender.

En cuanto a las intervenciones realizadas, la psicóloga elige dividir las en partes. Comienza mencionando la primera intervención terapéutica que se aborda con R, siendo esta la intervención familiar. La familia de R es muy conflictiva, por lo tanto el trabajo con la misma es muy costoso. Los familiares refieren haber perdido el control sobre R y no poder ocuparse de sí. A pesar de los múltiples intentos por acercarlos y hacerlos funcionar como red, esto no funciona. Los familiares no han ido a visitarlo luego de la primer semana de internación y de a poco han dejado por completo de tener contacto con él, incluso pidiendo a la gente del servicio que no le entreguen su número de teléfono a R para que “no los moleste”. Los mismos refieren que R no puede vivir con ellos.

Se intentó una vez que el paciente se encontraba compensado otorgarle permiso de salida a su casa, pero la familia no vino a buscarlo, esto hizo que la asistente social del hospital lo acompañara en un taxi hacia su domicilio pero al otro día la familia lo trajo nuevamente al hospital. Por un lado, los familiares refieren que en el permiso de salida el paciente no quería tomar la medicación y se ponía violento con los miembros de la familia, pero por otra parte el paciente refiere haberse sentido despreciado y maltratado. A pesar de que no es importante “quien tiene la verdad”, se puede observar una gran falta de interés por parte de la familia de R.

Una vez que se ha visto que la familia no es una red de apoyo y que no quieren o pueden ayudar al paciente, se intentó buscar alternativas dentro del hospital. Para entonces, el paciente asistía a la iglesia del hospital, especialmente cuando se sentía muy triste ya que allí se sentía contenido por el cura y se sentía parte. En esos días, apareció una mujer que se le acercó a R con intención de ayudarlo y le traía cosas (algo que la familia no había hecho nunca, como ser: ropa, elementos de higiene y hasta galletitas o yerba para el mate). Esta mujer fue

importante para R y se intentó trabajar con ella para ver de qué manera podía ser parte de su red de apoyo ya que mostraba interés en el paciente, pero esto no duro más que unos días y la señora no volvió a aparecer.

La religión fue un punto de apoyo para R y se usó como medida terapéutica en ciertas ocasiones, los conceptos como la fe y la creencia pueden ser utilizados para aliviar al paciente en momentos de mucha angustia en tanto al mismo le resulten. La iglesia se volvió un lugar de contención y de protección y principalmente le prestaban atención. Esta intervención fue pensada como posibilidad de generar una identidad en el paciente, de que pueda tener su lugar y contar que vivió en él, pero tampoco duró mucho tiempo ya que llegó un momento en el cual el paciente no quería ir más.

Otra de las intervenciones que se realizaron con R, tienen que ver con las habilidades sociales y la psicoeducación. La psicóloga refiere que en pacientes como R, es muy importante poder representarle distintas habilidades que no posee para que pueda manejarse en el mundo tanto interior como exterior. R no hablaba bien, balbuceaba e incluso comía pedazos muy grandes de comida que lo llevaban a ahogarse, parece absurdo (refiere la psicóloga) pero incluso en el consultorio tuvieron que enseñarle a comer de a pedacitos. La psicóloga refiere que es importante para pensar en las habilidades que uno le quiere ofrecer al paciente conocer sus gustos e intereses y no inculcarle lo que uno quiere o considera correcto si no lo que el paciente considera de interés. Para este tipo de intervenciones se puede pensar en los talleres que ofrece el hospital, que ofrecen la posibilidad también de brindar un oficio, como por ejemplo el taller de panadería, lo que además ayuda a que un paciente pueda construir. Estos talleres, de todas formas, son pensados una vez que el paciente esta compensado y por lo general cuando esto sucede están en otro servicio, por lo tanto R no realizó ningún taller estando en el servicio de admisión. Por otro parte, la psicóloga considera que un paciente como R al que le cuesta muchísimo sostener la atención, habría necesitado de un acompañante que le presente el estímulo de manera constante, de lo contrario no hubiese podido sostener ningún taller según refiere.

Cuando se pregunta acerca de las expectativas, la psicóloga suspira. "Es

una pregunta difícil” responde. Resulta muy difícil pensar a futuro con un paciente de estas características, ya que al no tener red de contención es muy difícil. La paciente comenta que desde su perspectiva el hecho de que el paciente se sienta constantemente rechazado, despreciado y no querido por nadie hace que su evolución hacia una mejoría sea muy difícil. La familia o las redes son muy importantes para poder pensar en el futuro del paciente ya que el mismo de ninguna manera podría vivir solo (además de que no tiene donde), no puede subsistir sin un otro. No solamente por una cuestión de tratamiento, que al no tener conciencia de enfermedad, el paciente no los seguiría bajo ningún punto de vista e incluso él mismo lo refirió que no lo haría, sino también porque R no posee medidas preventivas ni puede ocuparse de su higiene personal como así tampoco de alimentarse.

Como expectativa se piensa en que el paciente pueda acceder a un hogar vivencial para lo cual se lo afilió con mucha dificultad a una obra social del Estado para discapacitados, pero la psicóloga considera que los hogares hoy en día no tienen la capacidad de alojamiento (emocionalmente hablando) y que lamentablemente en el hospital R ya se siente en casa, la institución le hace base, lo hace parte. No se piensa en un buen pronóstico al hablar de R, pero aun así se sigue pensando en que un hogar sería la única posibilidad para él, esperando que este tenga un buen funcionamiento y le proporcione el acompañamiento para que pueda formar algo.

Se conversa también acerca de las redes de apoyo social del paciente. La psicóloga refiere que R no tiene redes a pesar de los intentos que se hicieron en proporcionarle una, no se ha logrado. R precisa un acompañamiento constante y no lo tiene, vive sintiendo que nadie lo quiere y dolorosamente parece ser cierto.

2. Entrevista psiquiatra

La segunda entrevista que se relata es con la psiquiatra tratante de R. La misma refiere que el paciente ingresa al hospital por un cuadro de excitación psicomotriz, traído por su abuela y su tía, quienes comentaban

que lo veían hablando solo y que presentaba conductas de auto y heteroagresión. A su vez, la familia comentó que el paciente presentó fugas de la casa y les resultaba muy difícil la convivencia con él.

Como antecedente refieren tanto los propios del paciente quien había sido internado en un hospital para menores de edad dos años antes previo a esta última internación, como así, también, refieren los familiares los antecedentes de los padres del paciente. La madre del paciente es esquizofrénica y vive en un hospital psiquiátrico de la provincia de buenos aires y el padre fallecido, padecía de esquizofrenia y alcoholismo.

El paciente al momento de la entrevista de admisión presentaba una excitación psicomotriz lo que dificultó recabar algunos datos. Además la memoria de R se encontraba afectada y no recordaba por qué ingresó al hospital. La psiquiatra refiere que en cuanto a lo semiológico, el paciente se encontraba desorientado, desorganizado, presentaba alucinaciones auditivas y un grado alto de impulsividad. El paciente presentaba un discurso ilógico, en cuanto a sus ideas delirantes de tipo megalómanas y místicas, refería haber resucitado y por lo tanto tener poderes especiales.

En cuanto a demás cosas que se han podido observar en la primer entrevista, se pudo ver que el paciente presentaba golpes en su cara por lo que se pide interconsulta clínica además de los estudios de rutina que se realizan con todos los pacientes que ingresan al servicio (Laboratorio completo, Rx torax, electrocardiograma). También se solicitó un electroencefalograma debido a que se sospechaban golpes en la cabeza.

A la hora de realizar el diagnóstico, refiere la psiquiatra, que por lo agudo y la gravedad de los síntomas, se basan más en lo clínico y lo semiológico y por supuesto, es de gran importancia la historia clínica anterior que presentaba el paciente de otro hospital (la epicrisis) y los datos que aportaron los familiares. A partir de la entrevista, la anamnesis, se

sacan conclusiones en equipo acerca del diagnóstico y se trabaja a partir de ello, como así también, se conversa y cuenta el caso en la reunión de equipo que mantienen todos los profesionales del servicio al final del día laboral. Una vez que se obtiene el diagnóstico, se piensa en el tratamiento acorde para un paciente de esas características, pero de todas formas, al ser un servicio de urgencia, se puede ir modificando con los días de internación y se tienen en cuenta cada una de las sintomatologías diarias que presenta y/o refiere el paciente.

El abordaje farmacológico siempre va a variar según la historia del paciente y según los síntomas que presente. La psiquiatra refiere que con pacientes de estas características se suelen utilizar benzodicepinas, antipsicóticos y algunas veces estabilizadores del estado de ánimo dependiendo del grado de impulsividad del paciente. En el caso de R, la medicación que se le administró fue: Haloperidol 5 mg 6 ampollas diarias, Lorazepam 4 mg 3 ampollas diarias de manera intramuscular y 1500 mg de Valcote vía oral. Como se menciona anteriormente, R tomaba un antipsicótico, una benzodicepina y un estabilizador del estado de ánimo. La psiquiatra explica que el Haloperidol (antipsicótico) sirve en este caso para disminuir las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes, el Lorazepam (BZD) para disminuir la ansiedad y evitar la excitación psicomotriz y por último, el estabilizador (Valcote) se utiliza para mejorar el control de los impulsos como así también y particularmente en este caso, para evitar convulsiones debido a la sospecha de golpes recurrentes en la cabeza (especialmente por lo que referían los familiares de las conductas de autoagresión).

Ya que en un momento los familiares habían comentado que el paciente les pegaba al momento de dar la medicación y que solía dejarla e incluso R refería que al salir del hospital iba a tirar la medicación y se iba a emborrachar, se decide administrar el decanoato de Haloperidol de 3 ml, que funciona como reserva para evitar una rápida recaída en el caso de que abandone tratamiento.

La psiquiatra relata que durante la administración de la medicación el paciente presentaba mucha sialorrea que le dificultaba enormemente el habla, por lo que se decide comenzar a disminuir el haloperidol, como así también con el correr de los días se comenzó a administrar la medicación vía oral para evitar las inyecciones.

La medicación suele ir modificándose, de manera que al estar mejor el paciente, se disminuye la dosis para poder administrar la menor cantidad posible de fármacos. En el caso de R, al pasar las semanas de internación y estar mucho mejor en su cuadro, se le fue disminuyendo también hasta que comenzaron síntomas depresivos e incluso algunas ideas de autolesionarse. Para entonces, el jefe de servicio sugirió la modificación del plan de medicación, propuso quitar el haloperidol que para entonces ya era bastante baja la dosis, por los efectos extrapiramidales y comenzar a administrar lamotrigina, siendo este otro estabilizador del ánimo pero que se suele utilizar más en los síntomas depresivos. Este último fármaco ayudó mucho a R, principalmente con los síntomas como la sialorrea la cual desapareció del todo, pero principalmente estabilizándolo y haciendo desaparecer las ideas de muerte.

Cuando terminó este proceso de medicación y se logró estabilizar el cuadro del paciente se decidió pasarlo a un servicio no tan agudo y de puertas abiertas para que pueda comenzar a realizar talleres y de a poco ir pensando en la posibilidad de externación.

Al hablar de las intervenciones realizadas, la psiquiatra hace hincapié en su rol como medica tratante en cuanto a la farmacología y asimismo en la parte clínica como ser los exámenes complementarios de rutina, pero, también menciona las intervenciones terapéuticas que se realizaron desde el equipo tratante como ya se han contado en cuanto a la psicoeducación, la generación de habilidades sociales y el brindarle un sostén a R. Además menciona la importancia del rol del servicio social del hospital, al cual se recurrió muchas veces y el cual trabajo mucho para poder brindarle a R

distintos recursos que posibiliten su externación, como ser, el permiso de salida siendo éste acompañado por la asistente social y como todo lo que tiene que ver con los papeles legales. A R se le pudo generar la afiliación a Pami gracias al trabajo del equipo tratante en conjunto con servicio social que se ocuparon de agilizar lo más posible los trámites.

La psiquiatra refiere que R respondió bien a las intervenciones realizadas tanto desde lo farmacológico como desde lo terapéutico, considerando el cuadro de R como grave y de mal pronóstico. Ella refiere que R mejoró mucho la relación interpersonal con sus pares, ya que los compañeros no lo querían mucho por ser bastante quejoso y molestarlos. Otra intervención a la cual respondió bien el paciente fue las salidas al parque, sí bien el servicio es de puertas cerradas, se le permitían las salidas al parque por aproximadamente una hora. En los permisos R aprovechaba para ir a la iglesia o pasear por el parque o los distintos lugares del hospital y le hacían bien. Lo que menciona la psiquiatra como buen resultado de esta intervención es el hecho de que R entendía y respetaba las pautas de la intervención marcada, lo que no podría haber hecho al inicio de la internación.

Siguiendo la entrevista, hablando de como influyeron las intervenciones realizadas y de la evolución del paciente, la psiquiatra menciona también que disminuyeron por completo las alucinaciones auditivas y presentaba una mejoría en el control de los impulsos y la ansiedad gracias a la administración de la administración y a pesar de tener “altibajos” estos síntomas no volvieron a aparecer durante la internación de R en el servicio de admisión. Los síntomas que fueron más costosos de disminuir eran los síntomas distímicos que presentaba R, siempre presentaba quejas y la respuesta a un “Cómo estás?” siempre era “mal”. R lloraba en casi todas las entrevistas quejándose de querer irse a la casa y refiriendo extrañar a su familia, pero por ocasiones, también lloraba diciendo que quería tener ropa de marca o un celular.

Las expectativas con un paciente como R, según la psiquiatra aluden

a la vinculación familiar, aunque está no fue lograda pero ella considera que podría seguir insistiéndose. Por otra parte otra de las expectativas con R tiene que ver con la reinserción social, aunque confiesa que esto es muy difícil en un paciente de estas características. Lo que para la psiquiatra sería adecuado es un acompañamiento terapéutico que le enseñe determinadas habilidades sociales como por ejemplo, le enseñe a viajar y por otra parte, lo que ella considera es que la mejor estrategia desde el punto de vista “alternativa” para la externación de R, es un hogar, aunque, ella sospecha que el paciente tendría muchos problemas de adaptación allí.

Otra de las pautas a seguir que propone la psiquiatra es seguir trabajando la adherencia al tratamiento, el hecho de que pueda sostener un tratamiento aunque sea de manera ambulatoria va a evitar las recaídas de R, pero esto resulta un trabajo muy difícil ya que no tiene conciencia de enfermedad ni de situación. Por lo mencionado, la psiquiatra considera que R debe convivir siempre bajo cuidados paliativos y en ambientes donde puedan tratar la sintomatología psiquiátrica.

Al hablar de la posibilidad de externación, la psiquiatra entristecida considera que hoy en día el hospital es el mejor recurso que tiene R y que no podría sostener el tratamiento en un hogar o al menos “no sería lo mismo” (sic). La psiquiatra además alude a que el paciente en el hospital ya se siente en casa y la propia desadaptación al mudarlo de lugar podría llevar a una descompensación de su propio cuadro.

La psiquiatra afirma que el paciente había evolucionado de manera notoria y que ya no cumplía con criterios de internación como al inicio. “Desde la perspectiva del equipo tratante, el paciente actualmente se encuentra en una internación social” (sic).

Por último se conversa acerca de las redes de apoyo social. Refiere que el paciente no la tiene, que sería conveniente buscarle pertenencia de

alguna manera pero que los recursos son escasos, por ejemplo, podría pensarse en un acompañamiento terapéutico, pero cuanto tiempo este podría continuarse? Es por esto que es muy difícil pensar en la externación, ya que se considera que sin red es muy complicada la reinserción y es muy factible una posible recaída.

3. Entrevista con asistente social

M.E es trabajadora social del Hospital, actualmente se encuentra desempeñando diversas tareas del área de servicio social entre ellas en el servicio de admisión. Comenta que el servicio social del hospital se ocupa de la asistencia a la población en riesgo social y particularmente en el servicio de admisión por la intensidad de los síntomas y que los pacientes suelen estar en brote presentan mayor vulnerabilidad. Los pacientes de este hospital, refiere M.E presentan una situación socioeconómica extremadamente grave en tanto que los recursos que tienen son escasos, esto puede verse tanto en lo que respecta a vivienda ya que algunos se encuentran en situación de calle, también por la falta de familia o contención de la misma, pacientes que no han asistido al colegio o no han podido trabajar, etc.

En el caso de R, comenta la trabajadora social que a través de su intervención se pudieron lograr muchos avances. Una de las tareas que realizan en el servicio social es de acercarse a la familia del paciente manteniendo un contacto continuo, en el caso de la familia de R eso era difícil ya que llegado un momento dejaron de contestar el teléfono, fue aquí donde la asistente social no dudo en ir hacia su domicilio (lo que refiere hace muchas veces).

La asistente recuerda situaciones con otros pacientes del servicio en donde para rastrear a la familia, los pacientes le hacían un mapa de donde vivían al no recordar la dirección exacta indicándole mediante carteles o comercios como llegar a sus familiares. M.E ríe, pero asegura que muchas veces ha encontrado así a familiares de pacientes. “Puede que esté un poco loca al confiar en esos mapitas, pero a veces es la única manera de reunir al paciente con su familia y

prefiero intentarlo todo” (sic).

M.E cuenta que luego de ver que las intervenciones con la familia de R no daban frutos comenzó a asesorarse de manera legal para poder hacerles entender a la familia que había cierto abandono de persona y que tenían que colaborar al menos con lo que respectaba a los documentos del paciente con el fin de poder garantizarle una obra social y mejorar su calidad de vida.

Una vez que R se encontraba compensando en su cuadro de base, la trabajadora ha acompañado a R en un taxi en uno de los permisos de salida que se probó para posteriormente otorgar su alta institucional, lo cual igual no ha funcionado. M.E recuerda que al llegar a su casa la familia no estaba contenta con la llegada de R y habla del rechazo que percibió tanto ella como el paciente, de todas maneras, aceptaron que se quedará pero al otro día lo llevaron al hospital nuevamente.

En el caso de la pensión por discapacidad de R y su afiliación a una obra social para personas con discapacidad mental fue gestionada por la trabajadora social debido a que los familiares de R no tomaron la responsabilidad para realizar el trámite. La afiliación a la obra social no ha sido fácil, ha demorado mucho y se ha pedido mucha documentación algo difícil de obtener pero, finalmente, se logró afiliarse a R a la misma. M.E comenta que la familia terminó cediendo y ayudando un poco para lograr la documentación del paciente pero que fue un trabajo realmente fino y dedicado.

También comenta la trabajadora social una vez que había conseguido la afiliación, se ha comunicado con varias instituciones como ser hogares vivenciales para poder lograr las condiciones de vivienda necesarias para R, ha logrado la entrevista con un hogar pero lamentablemente el paciente no fue admitido, pero aun así se siguió trabajando con el fin de agilizar la espera.