

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Descripción del tratamiento de un paciente esquizofrénico en
Servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico Público.

Autor: Gonçalves, Carlos Maximiliano

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

Fecha de defensa: 19/12/16

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1 La esquizofrenia y sus concepciones	5
3.2 Concepciones Clásicas	5
3.3 Concepciones Biológicas	6
3.4 Estudios Actuales sobre esquizofrenia	7
3.5 Criterios Diagnósticos	8
3.6 Subtipos	10
3.7 La conciencia de Enfermedad	10
3.8 Tratamientos	11
3.8.1 Tratamientos Farmacológicos	11
3.8.2 Tratamientos Psicoterapéuticos	12
3.9 Modelos de abordaje	15
3.10 Dispositivos e Internaciones	17
3.10.1 Dispositivo de internación	17
3.10.2 Internaciones	18
3.11 Admisión Hospitalaria	18
3.12 Redes y vínculos en la Esquizofrenia	18
4. Metodología	21
4.1 Tipo de estudio y Diseño	21
4.2 Participantes	21
4.3 Instrumentos	22
4.4 Procedimiento	23
5. Desarrollo	24
5.1 Presentación de caso	24
5.2 Motivo de internación y diagnóstico de admisión	27

5.3 Intervenciones durante el tratamiento	32
5.4 Particularidades del cuadro y redes sociales	39
6. Conclusiones	45
7. Referencias Bibliográficas	49

1. Introducción

Las prácticas correspondientes a la cátedra Práctica y Habilitación Profesional se realizaron en el Servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico Público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho dispositivo se encarga de recibir a los pacientes con cuadros agudos, para su evaluación, tratamiento y posterior compensación del cuadro al momento de la internación. Los pacientes pueden ser ingresados por la Guardia del establecimiento, o bien pueden ser derivaciones internas de otros dispositivos del hospital. En el Servicio de Admisión el abordaje es de carácter psicoterapéutico y farmacológico, y tiene como principal objetivo la compensación del cuadro existente al momento de ingreso, por lo cual se trabaja en constante interacción con los servicios sociales del hospital, así como también otros sectores afines, como ser Clínica Médica, Neurología, etc.

Este dispositivo está compuesto por cinco equipos tratantes y un equipo de enfermería; cada equipo tratante está conformado por médicos psiquiatras y psicólogos, quienes de manera interdisciplinaria se ocupan de la evaluación, diagnóstico, planificación de tratamiento y posterior externación de los pacientes.

El presente trabajo tiene como objetivo detallar el proceso de admisión y tratamiento de un paciente con esquizofrenia en dicho servicio e intentar considerar las dificultades que se presentan a dicho tratamiento en función de las características del cuadro y de sus redes de apoyo social.

La diagramación de las prácticas consistió en trabajar de lunes a viernes por la mañana junto con uno de los equipos tratantes de dicho establecimiento, mediante entrevistas diarias con dicho paciente.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

- Describir el tratamiento de un paciente esquizofrénico en el Servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico Público.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar el motivo de internación del paciente y el diagnóstico realizado por los profesionales del equipo tratante en el Servicio de Admisión.

- Describir las intervenciones realizadas durante el tratamiento por el equipo tratante en el Servicio de Admisión.

- Analizar las dificultades del cuadro y la incidencia de las redes de apoyo social en el tratamiento de un paciente con esquizofrenia en la posibilidad externación.

3. Marco Teórico

3.1 La esquizofrenia y sus concepciones

La esquizofrenia es una patología mental caracterizada por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, conciencia de sí mismo, distorsión en la conducta y lenguaje desorganizado. Dichos cuadros pueden incidir en la vida de un individuo en tanto su funcionamiento social, académico y productivo, por lo cual es considerada como una discapacidad considerable (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Este trastorno mental puede ser comprendido como una enfermedad que es multicausal, ya que en las investigaciones no se ha logrado identificar un factor único. Las principales teorías sostienen que la esquizofrenia podría ser provocada por la interacción entre una serie de factores ambientales, factores psicosociales y diferentes grupos de genes (OMS, 2015).

Cabe destacar que los trastornos esquizofrénicos pueden evolucionar de diferentes maneras dependiendo del cuadro, de las características del sujeto y del apoyo social. Los tipos de evolución pueden ser continua, episódica, remisión completa o incompleta, evolución indeterminada, otros tipos de evolución (OMS, 1992).

3.2 Concepciones Clásicas

Durante el desarrollo de la psiquiatría y la psicología, han ido apareciendo distintos puntos de vista respecto a la esquizofrenia como entidad clínica; algunas teorías han sido dejadas de lado, pero algunas otras aún se mantienen actuales.

Los desarrollos de Kraepelin lograron acuñar una de las primeras definiciones de lo que en la actualidad conocemos como esquizofrenia, entidad a la cual se denominaba *dementia praecox*. El patólogo alemán encontró fuertes bases para sus teorías en los estudios sobre las alucinaciones de

Esquirol y Lasegue, así como también las investigaciones sobre hebefrenias de Hecker y los trabajos sobre catatonias de Kalbaum (Caballero Moreno, 2011).

Esta clasificación nosológica propuesta por Kraepelin, que consideraba al cuadro como un síndrome cerebral distinto a los otros existentes en la época, subdividía los síntomas entre: síntomas fundamentales (repliegue afectivo, perturbación del curso del pensamiento y del razonamiento, indiferencia y falta de voluntad) y síntomas accesorios (alucinaciones, ideas delirantes, automatismos gestuales, impulsiones); asimismo, agrupaba a la catatonía y la hebefrenia como subtipos de la misma patología (Caballero Moreno, 2011).

Posteriormente a dicha clasificación, el interés por las particularidades de la enfermedad llevó a Bleuler a proponer una nueva taxonomía para esta patología: Esquizofrenia. Esta denominación hacía referencia a lo que para el autor se caracterizaba como los elementos más visibles de la esquizofrenia: la escisión en las funciones mentales, lo que actualmente se llamaría deterioro cognitivo. Esto se vio plasmado en su concepción de los síntomas fundamentales, también llamados "*las cuatro Aes*", las cuales son la ambivalencia, el autismo, la afectividad aplanada y la disgregación en asociación de ideas (Novella & Huertas, 2010).

3.3 Concepciones Biológicas

En la actualidad, los avances en investigaciones sobre las implicancias neurobiológicas de la esquizofrenia, han permitido estructurar diversas teorías respecto a este trastorno. En primer lugar se encuentra la hipótesis dopaminérgica, desde la cual se podría considerar que los síntomas de la esquizofrenia, están asociados a un exceso de dopamina; o bien, a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor. Esta hipótesis se fundamenta en el descubrimiento de que los fármacos antipsicóticos eficaces en la esquizofrenia resultaban antagonistas de los receptores dopaminérgicos. A esto, se añaden las observaciones de los agentes liberadores de dopamina que podrían provocar sintomatología psicótica (Saiz Ruiz et al., 2010).

En segundo lugar, se encuentra la hipótesis glutamatérgica, la cual sostiene que la implicancia de la mediación del glutamato en la esquizofrenia, encuentra

su sustento en la neurotoxicidad provocada por este neurotransmisor y su interacción con la dopamina. Este neurotransmisor excitatorio es capaz de actuar sobre cualquier neurona, y existen vías glutamatérgicas específicas relevantes en la fisiopatogenia de la esquizofrenia (Saiz Ruiz et al., 2010).

En último lugar, la hipótesis serotoninérgica considera un papel fundamental de la serotonina en el neurodesarrollo, su interacción con el sistema dopaminérgico y los efectos de este neurotransmisor en la corteza prefrontal. Según estudios actuales, se considera un aumento de tono serotoninérgico en pacientes esquizofrénicos. A su vez, también se establece que los síntomas negativos de la esquizofrenia estarían asociados a una hipofunción dopaminérgica (Saiz Ruiz et al., 2010).

3.4 Estudios Actuales sobre esquizofrenia

En las últimas dos décadas han existido avances considerables en las investigaciones respecto de la esquizofrenia y se han encontrado nuevos elementos que aportan al entendimiento de la patología y sus efectos durante el desarrollo del sujeto.

En función de ello, Leiderman (2003) categorizó un número importante de indicadores tempranos de la esquizofrenia, los cuales pueden ser:

- Motores: las capacidades motrices más tardías, escasez de coordinación motora y equilibrio, tics, sacudidas y dificultades en las destrezas manuales.
- Cognitivos: la escasa concentración en el juego, fallas escolares, lenguaje tardío, disminución del coeficiente intelectual y la habilidad organizativa son los indicadores cognitivos más visibles.
- Conductuales: el juego solitario, un escaso control afectivo, falta de socialización y ansiedad en situaciones de interacción.

Cabe destacar que la especificidad de estos indicadores ha sido fuertemente cuestionada; sin embargo, la detección de éstos posibilita a los

profesionales de la salud mental alertar sobre el posible desarrollo de patologías psiquiátricas (Leiderman, 2003).

Estos estudios de indicadores tempranos de esquizofrenia están acompañados de un importante avance en el estudio de los factores genéticos que se vinculan a esta patología.

En la actualidad, la hipótesis genética se incluye en la etiología de la esquizofrenia, teniendo en cuenta la heredabilidad de la patología, y la diversidad de genes posiblemente implicados; no obstante, al no existir una explicación fisiopatológica clara, se mantiene la controversia sobre cuáles son los genes específicos presentes en la génesis de la enfermedad (Sanjuán Arias, 2007).

3.5 Criterios Diagnósticos

A partir de los criterios diagnósticos propuestos en el manual CIE-10, se podría describir a la esquizofrenia como un cuadro psicopatológico que presenta alteraciones en el pensamiento; ideas delirantes de tipo persecutorias, somáticas, erotománicas, de grandeza, celotípicas, místicas, entre otras; alucinaciones sensorio-perceptivas; alteraciones del lenguaje; catatonias; síntomas negativos como apatía, alexitimia, etc; cambios significativos en las conductas y vínculos sociales (OMS, 1992).

En función de las clasificaciones más actuales propuestas por la American Psychiatric Association y en coherencia con el manual consensuado a utilizar en el hospital donde se realizó este trabajo, el manual DSM-IV TR propone caracterizar a la esquizofrenia como un trastorno mental compuesto a nivel sintomatológico por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, y síntomas negativos entre los cuales se pueden encontrar el aplanamiento afectivo, abulia, alogia, embotamiento emocional, etc. Dichos síntomas deben presentarse en una cantidad de dos o más simultáneos durante un periodo de tiempo considerable superior a un mes (American Psychiatric Association, 2001).

Es importante mencionar que en la actualidad se ha presentado el nuevo manual de criterios diagnósticos construido por la American Psychiatric Association, el DSM-V se va incluyendo en los campos de aplicación de manera pausada y con una constante cautela debido a la novedad de esta clasificación nosológica (Jaramillo & Muñoz, 2015).

Este nuevo manual propone cambios significativos respecto a la visión integral de la patología psiquiátrica, acercándose un poco más a las categorizaciones propuestas por la OMS, en conjunto a esto se realizaron caracterizaciones más elaboradas de ciertas patologías y provee una mejor organización de las variables sociodemográficas asociadas a las patologías mentales, este trabajo es fruto de 10 años de discusión e investigación especializada, lo cual puede resultar confuso para profesionales ajenos al campo, y actualmente se encuentra sujeto a revisiones y posibles cambios (Jaramillo & Muñoz, 2015).

A partir de esto, y en coherencia con las políticas propias del servicio donde se realizó el trabajo se toma la clasificación propuesta por la American Psychiatric Association en el DSM-IV-TR, la sintomatología se distribuye en seis criterios indispensables para elaborar un diagnóstico de esquizofrenia:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos, como ser aplanamiento afectivo, alogia o abulia

B. Disfunción social y laboral: Trabajo, relaciones interpersonales o cuidado de sí mismo claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: signos continuos de las alteraciones durante al menos seis meses, que pueden incluir un mes con los síntomas enunciados en A y los periodos prodrómicos y residuales caracterizados por la presencia de síntomas negativos.

D. Exclusión de trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: o bien, no han estado presentes episodios de manía o depresión durante la fase activa, o su duración ha sido breve o relacionada con las fases prodrómica o residual.

E. Exclusión del consumo de sustancias o enfermedad médica no psiquiátrica como causa del trastorno.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

3.6 Subtipos

A partir del DSM- IV TR confeccionado por la American Psychiatric Association, se puede encontrar que existen diferentes subtipos de Esquizofrenia, entre los cuales se caracterizan:

- Tipo Paranoide: En este subtipo predomina la preocupación por una o más ideas delirantes o alucinatorias auditivas frecuentes. No necesariamente se encuentra una desorganización en el lenguaje, ni comportamiento catatónico o desorganizado.
- Tipo Desorganizado: La desorganización en el lenguaje y comportamiento, acompañado de la afectividad aplanada, son característicos de este subtipo. Para determinarlo, debe hacerse un diagnóstico diferencial con el subtipo catatónico.
- Tipo Catatónico: Este subtipo está constituido por la presencia de inmovilidad motora por catalepsia, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, movimientos estereotipados, posturas

extrañas, manierismos marcados o muecas llamativas. Pueden estar acompañados estos síntomas de ecolalia o ecopraxia.

- Tipo Indiferenciado: Este subtipo se encuentra caracterizado por la presencias de síntomas del criterio A, pero que no cumplen los criterios de los otros subtipos clasificados.
- Tipo Residual: La ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y conductas desorganizadas, son características de este subtipo, pero se encuentra una continua presencia de los síntomas negativos del cuadro y algunos de los síntomas descritos en el criterio A para la esquizofrenia.

3.7 La conciencia de Enfermedad

Dentro de las particularidades de los cuadros esquizofrénicos, un elemento de vital importancia para el proceso terapéutico consiste en la conciencia de enfermedad, la cual varía en función de variables sociodemográficas, psicopatológicas y de ajuste social e influye en la utilización de servicios sanitarios que los pacientes realizan (Haro et al., 2001).

Dicha conciencia de enfermedad podría comprenderse como el reconocimiento de la existencia de una sintomatología y su atribución a una enfermedad que se padece. Es importante no considerarla como un constructo unidimensional ni dicotómico, debido a que existen diferentes factores que interactúan en la opinión del enfermo sobre su enfermedad. Debe diferenciarse a una persona que opina que no está enferma, de aquella que cree que lo estuvo en el pasado pero no en la actualidad, y de la que acepta padecer una enfermedad (Sanz et al., 1998).

Esta posibilidad de reconocer las particularidades de la enfermedad y la capacidad de reconsiderar la información y posición respecto al cuadro, resultan dificultosas de desarrollar ya que implican un proceso de aprendizaje. A lo cual se conjuga que el aprendizaje como función psíquica, se encuentra entre las áreas mas afectadas por el deterioro cognitivo propio del cuadro, ya que a partir de los cambios neurobiológicos y psicosociales que acompañan al

desarrollo del cuadro, se verían afectadas de gran manera las funciones psíquicas (Acosta & Lozano, 2009).

3.8 Tratamientos

Según Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2001), los tratamientos terapéuticos actuales se han ocupado de buscar la adaptación del paciente a las características del cuadro, así como también se pretende reducir los síntomas psicóticos residuales, realizando una prevención de futuras descompensaciones y resaltando la importancia del cumplimiento del tratamiento, acompañado del apoyo social y adquisición de habilidades necesarias para la vida cotidiana.

Se han reconocido diferentes niveles de intervención en pacientes esquizofrénicos, entre los cuales se destacan el tratamiento farmacológico, la psicoterapia, la terapia familiar, el desarrollo de redes sociales, la psicoeducación y el apoyo en crisis (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

3.8.1 Tratamientos farmacológicos.

Actualmente se dispone de diferentes protocolos de tratamiento farmacológico para pacientes esquizofrénicos, cuya estructuración depende de los avances en investigaciones de efectividad y efectos en los pacientes.

Estos protocolos de tratamiento, deben comprenderse como recomendaciones que se dan en un marco de referencia, y no se trata de pautas rígidas a implementar, ya que su aplicación debe ajustarse a las particularidades de cada cuadro, manteniendo la línea central de la guía propuesta. Los profesionales deben estar atentos a sus formas de aplicación y mantenerse actualizados en función de las guías de tratamiento farmacológico que van surgiendo (Heimann Navarra, 2015).

Actualmente, la planificación de un abordaje farmacológico para esquizofrenia, tiene como primera elección el uso de antipsicóticos. Estos fármacos pueden clasificarse en:

- Típicos: Clorpromazina, Haloperidol, Levomepromacina, Tioridacina, etc.
- Atípicos: Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Olanzapina, etc.

Estos fármacos, por lo general, son eficaces en eliminar rápidamente la sintomatología psicótica más visible, como ser las alucinaciones y delirios. Además de esto, se utilizan principalmente los antipsicóticos atípicos debido a que tienen mayor respuesta ante los síntomas negativos, afectando de menor manera al deterioro cognitivo y un menor grado de efectos extrapiramidales (Ramos Pozón, 2015).

3.8.2 Tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones.

Ante la conocida fragmentación teórica que existe en el campo de la psicología, se puede encontrar que respecto al abordaje de la esquizofrenia tampoco puede hallarse una perspectiva unificada, sino que las diferentes corrientes teóricas aportan sus propios modelos de abordaje.

En función de esto, y considerando que en la esquizofrenia se presenta un fuerte componente de implicancia y deterioro cognitivo, puede encontrarse en la literatura científica, un consistente desarrollo de modelos cognitivos conductuales para el abordaje de pacientes con dicha patología.

El modelo cognitivo-conductual para la esquizofrenia en primer lugar, resalta la importancia de la relación terapéutica para el inicio y mantenimiento de las diferentes etapas del tratamiento, así como también ubica al terapeuta en una doble función: por un lado, debe ayudar a que el paciente genere herramientas para identificar lo que le sucede y cómo sus particularidades inciden en su funcionamiento. Por otra parte, debe estimular la génesis de nuevas maneras de afrontar las situaciones por las que pasa el paciente, y buscar que se generen conductas y habilidades más adaptativas (Ruiz Cala & Muñoz Molina, 2007).

Este modelo propone abordar la gravedad, el curso y pronóstico de esta patología, comprendiéndolo como producto de la interrelación de los siguientes factores: estrés, habilidades de afrontamiento y vulnerabilidad. Es decir, considera las vivencias que puedan exacerbar la sintomatología o pronunciar el cuadro en conjunto con una predisposición biológica para que se desarrolle la patología y las particulares habilidades que tiene el paciente para hacer frente a los efectos negativos de las experiencias estresantes (Ruiz Cala & Muñoz Molina, 2007).

El abordaje cognitivo-conductual para la esquizofrenia apunta principalmente a trabajar los siguientes puntos:

- Entrenamiento en habilidades sociales: se constituye a través de un conjunto de intervenciones y técnicas que se sustentan en el aprendizaje social, buscando que el sujeto sistematice una serie de habilidades para relacionarse con sus pares.
- Terapia familiar conductual: su objetivo terapéutico es reducir las situaciones estresantes, las conductas conflictivas y mejorar la comunicación entre los miembros de las redes próximas del sujeto buscando generar habilidades para resolver los conflictos de una manera más eficiente.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento para síntomas: este proceso parte de un análisis de cómo y cuándo se presentó la sintomatología, considerando la manera de reaccionar del paciente y sus consecuencias posteriores. Luego, se evalúan sus estrategias de afrontamiento y la eficacia que tuvieron, para después considerar otras estrategias más adaptativas y eficaces, que se pueden ir desarrollando mediante estimulación, tareas, etc.

En función de lo desarrollado y de acuerdo a las perspectivas actuales, se encuentran diferentes tipos de intervenciones posibles para el abordaje de los

pacientes esquizofrénicos, las que buscan introducir cambios en los diferentes niveles de funcionamiento subjetivo (Campero-Encinas et al. 2009), como las que se mencionan a continuación:

Intervenciones Psicosociales: el propósito de dichas intervenciones es mejorar la capacidad de relacionarse con sus pares, así como también el sostenimiento de las relaciones ya existentes. A ello se suma la posibilidad de proveer a la familia y al paciente de herramientas para mejorar su situación actual y evitar conductas de aislamiento. Se intenta abordar todos los niveles inmediatos del paciente, como las redes de apoyo próximas, la familia, cuidadores, etc.

- Intervenciones Psicoeducativas: este tipo de intervenciones permiten al profesional brindar al paciente y sus redes, técnicas y estrategias para identificar síntomas y actuar preventivamente para evitar recaídas o conductas de riesgo.
- Intervenciones Familiares: con el objetivo de integrar a la familia al proceso terapéutico del paciente, se intenta brindar información y despejar dudas respecto a la etiología, el curso y tratamiento posible del cuadro promoviendo la prevención de situaciones estresantes para el paciente y sus familiares, mejorando la comunicación familiar y brindando herramientas para solucionar conflictos posibles.
- Intervenciones psicoterapéuticas: concernientes a diferentes ámbitos de intervención psicoterapéutica, entre los cuales están la terapia individual, terapia de apoyo, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación vocacional, rehabilitación cognitiva, cambios de contenido, etc.

3.9 Modelos de abordaje

En los modelos de abordaje propuestos para esquizofrenia, se ha remarcado la importancia del tratamiento farmacológico en conjunto de un tratamiento terapéutico y psicosocial, evitando su aplicación independiente ya que se ha corroborado que dichos abordajes en confluencia resultan eficaces (Rascón, Quiroga & Valencia, 2003).

A esto se añade que en las últimas décadas se incrementó el interés por el papel que ocupan los vínculos familiares en los sujetos con esquizofrenia. Dichos vínculos se muestran como de primordial necesidad en el proceso de desinstitucionalización de los pacientes en hospitales psiquiátricos, por lo cual se los puede considerar como uno de los pilares para la reinserción del paciente (Gómez, 2013).

Teniendo en cuenta las perspectivas actuales respecto a las posibilidades de abordaje de la esquizofrenia, se establece como punto de partida el hecho de comprender que las diferentes alternativas psicoterapéuticas, los tratamientos farmacológicos, los recursos hospitalarios y dispositivos de rehabilitación no son excluyentes entre sí, sino complementarios: los abordajes a dichos cuadros deben sustentarse en modelos comprensivos y globales, adaptados a cada sujeto y su contexto, con el fin de encontrar soluciones ante este cuadro multifactorial (García Cabeza, 2008).

El abordaje integral de pacientes con esquizofrenia, supone un trabajo en conjunto con la familia, ya sea mediante diferentes herramientas de intervención o bien un espacio terapéutico (Rascón, Quiroga & Valencia, 2003).

Las diferentes implicancias que tiene la esquizofrenia en la vida del sujeto instalan la necesidad de ubicarse en la perspectiva de que es menester abordar una multiplicidad de aspectos a la hora de un tratamiento.

Dentro de las herramientas disponibles para el equipo terapéutico que aborda a un paciente esquizofrénico, la psicoeducación constituye un útil recurso a emplear no solo con el paciente, sino que también con las redes de apoyo del mismo. (Zapata et al., 2015)

3.10 Dispositivos e Internaciones

3.10.1 Dispositivo de internación.

Actualmente, el ámbito hospitalario y los dispositivos de atención primaria de la salud, se ofrecen como los principales escenarios de detección, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Tizon et al., 2007).

Los cuadros esquizofrénicos se dan acompañados de una alta comorbilidad de otros problemas de salud, los cuales pueden manifestarse tempranamente o en momentos posteriores al inicio del tratamiento. Por esto, la internación hospitalaria suele proveer de una estructura de abordaje no solo psiquiátrica en dichos pacientes (Saiz Ruiz, 2008).

Dado que estas posibles complicaciones de salud pueden presentarse durante el tratamiento, se resalta la necesidad de observar de manera constante la salud integral del paciente, debido a que pueden darse un sinnúmero de complicaciones clínicas no psiquiátricas que pueden empeorar el cuadro precedente, como ser alteraciones metabólicas, inmunológicas, respiratorias, cardíacas, entre otras (Saiz Ruiz, 2008).

A esto se añade la importancia de la derivación y detección de dichas complicaciones en los sistemas de salud, debido a que muchas veces en los centros periféricos de los sistemas de salud se detectan complicaciones que pueden ser consideradas como urgentes y requieren inmediatas derivaciones a especialistas que puedan tratarlas antes de que empeoren el cuadro esquizofrénico (Espinosa Sabina & Castilla Pérez, 2002).

También, es preciso mencionar que para una evolución favorable y prevención de las recaídas del cuadro, resulta de vital importancia la continuidad de los tratamientos terapéuticos, lo cual permite un seguimiento continuo del paciente (Valencia, Murow & Rascón, 2006).

3.10.2 Internaciones.

En la actualidad, el marco legal que nos provee la Ley de Salud Mental N° 26.657 de la Argentina, considera a las internaciones como el recurso último para el abordaje de las patologías psiquiátricas.

Junto con el consentimiento informado, la internación debe ser considerada por un equipo interdisciplinario compuesto por diferentes profesionales de la salud, tales como un médico psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, etc.

Según la Ley 26.657 se plantean dos tipos de internación posibles. Por un lado, las internaciones voluntarias, en las cuales con el consentimiento del paciente se realiza la internación con fines terapéuticos, internación que se decidirá a partir de la perspectiva profesional de un médico y un psicólogo; el paciente proporcionará su consentimiento informado y se dará al equipo tratante un plazo de 60 días para informar a la justicia sobre la internación.

Por otro lado, las internaciones involuntarias se fundamentarán en la existencia de un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros; estarán enmarcadas en la ausencia de alternativas terapéuticas, y serán acompañadas de un informe de instancias previas y un dictamen profesional del equipo de salud. Se dispone de un corto plazo para informar a la justicia sobre el carácter de la internación, y el paciente podrá contar con un letrado otorgado por la defensoría.

El criterio de externación y/o derivación quedaría sujeto al criterio profesional de cada equipo tratante en función de la evolución del cuadro y sus características.

3.11 Admisión Hospitalaria

Se denomina admisión hospitalaria al proceso que se produce luego de que el paciente ingresa a la institución hospitalaria, ya sea por guardia de emergencias, por derivación o por otros medios (Hospital Municipal Jose T. Borda, S/F).

En la admisión se propone principalmente un trabajo interdisciplinario, para la planificación de un abordaje del cuadro agudo, además de la definición de

estrategias terapéuticas a seguir, y la posibilidad de evolución y tratamiento posterior al abordaje del cuadro agudo. Este proceso estará compuesto por la evaluación y diagnóstico del cuadro en curso, acompañado de la realización de exámenes complementarios que permitan obtener información importante para el abordaje. Así también, puede estar acompañado de técnicas o herramientas de exploración neuropsicológica.

Durante la admisión se llevan a cabo los trámites institucionales y legales para la internación o derivación del paciente, por lo cual se trabaja en conjunto con profesionales no sólo de la salud, por ejemplo, médicos, psicólogos y enfermeros, sino también de otras áreas, tales como abogados, trabajadores sociales, etc. (Hospital Municipal José T. Borda, S/F)

El proceso de admisión resulta clave en el tratamiento del paciente, ya que permite construir un primer diagnóstico, atender su cuadro agudo buscando estabilizarlo, y planificar el tratamiento posterior de la patología, ya sea en otros sectores del mismo hospital o en otros dispositivos de salud.

3.12 Redes y vínculos en la Esquizofrenia

Como se ha considerado anteriormente, la esquizofrenia se encuadra en una patología policausal que afecta los diferentes niveles de funcionamiento del individuo y de sus pares. La sintomatología propia de este cuadro muchas veces tiene incidencias en las relaciones interpersonales del sujeto y, en consecuencia, requiere de un particular modo de relación.

El fortalecimiento y desarrollo de las redes de apoyo social, y las intervenciones en la rehabilitación psicológica y social, tienen como propósito mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y su funcionamiento, mejorando también su adaptación social. Se considera que 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).

Dichas redes sociales tienen función de dar apoyo emocional, información y diferentes recursos que posibilitan una inserción en la vida en

sociedad; y pueden ser aportadas por una persona, un grupo familiar o alguna institución: si las redes son continentes será menor la posibilidad de reinternación en pacientes que habrían estado hospitalizados (Álvarez, Troncoso & Sepúlveda, 1995).

Por parte de los pacientes, los estudios actuales han dejado ver que la capacidad de interactuar y sostenerse en relación a estas redes de apoyo social, estaría íntimamente relacionada con las habilidades sociales de los pacientes esquizofrénicos, y su posibilidad de generar nuevas habilidades (Vázquez Morejón Jiménez, et al., 2007)

Asimismo, cabe considerar que la capacidad de contención y de sobrellevar las complicaciones a la hora de dar apoyo a un paciente esquizofrénico, va a depender directamente de las habilidades, el nivel de instrucción y la salud de dicho cuidador (Li-Quiroga, Alipázaga-Pérez & León-Jiménez, 2015).

Otro elemento a considerar según los estudios actuales, es la función fundamental e importancia del rol materno en la epigénesis de los cuadros esquizofrénicos, los cuales encuentran una visible correlación con las capacidades maternas como la calidez y capacidad de apoyo, o bien sus alteraciones como ser la frialdad emocional y distancia materna (Benítez Camacho et al., 2005). Así mismo, estas funciones sociales y emocionales, están precedidas por las funciones biológicas de la madre durante la gestación y crianza que pueden incidir en el cuadro, como ser malnutrición, infecciones, alteraciones metabólicas, etc. Dichas alteraciones están asociadas a la aparición temprana de sintomatología esquizofrénica en algunos pacientes. (Vicens-Vilanova et al., 2003).

Por último, se debe tener en cuenta que los familiares de pacientes esquizofrénicos, podrían padecer también trastornos mentales u otros problemas de salud (Rascón, Quiroga & Valencia, 2003).

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño

El presente trabajo es de tipo descriptivo y tiene como objeto de análisis cualitativo un caso único.

4.2 Participantes

S es un paciente de 21 años que se encontraba internado en el servicio de admisión del Hospital desde el mes de Abril de 2016 con motivo de una descompensación psicótica, conductas de heteroagresión y un cuadro de excitación psicomotriz; y fue diagnosticado como un cuadro de Esquizofrenia.

Durante las entrevistas iniciales, el paciente refirió tratamientos previos en un hospital neuropsiquiátrico infantil de la misma ciudad. Previamente a la internación, convivía con su madre y hermanos, quienes presenciaron su episodio de descompensación y fueron objeto de sus conductas de agresión.

Las particularidades de la familia nuclear de S dejaban ver un sistema de tipo desorganizado y disfuncional. La madre no poseía un trabajo estable y estaba divorciada; su hermana había abandonado el tratamiento psicoterapéutico que llevaba adelante desde hacía varios meses y al momento no realizaba ninguna actividad; el hermano, por su parte, había abandonado la formación escolar y se dedicaba a trabajar con el padre en un taller mecánico; y éste, en una relación equidistante con sus tres hijos y divorciado de la madre del paciente, realizaba reparaciones automotrices en un taller de su propiedad.

En dicho momento, se encontraba internado de manera involuntaria y recibiendo un tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en el servicio de admisión.

El equipo de profesionales responsables de su tratamiento estaba constituido por una médica psiquiatra, formada como médica en una universidad pública nacional y como especialista en psiquiatría a través de la residencia en este establecimiento donde trabaja desde hace 10 años; y una psicóloga clínica, también graduada de una universidad pública nacional y que trabaja en el nosocomio desde hace más de 20 años.

Dichas profesionales se encontraban acompañadas por cuatro estudiantes residentes de psicología y medicina. En conjunto con estos, también intervinieron una asistente social del hospital y curadores legales.

4.3 Instrumentos

Las herramientas utilizadas fueron, principalmente, las observaciones participantes del paciente durante su tratamiento, que tuvo como lugar el consultorio correspondiente al equipo tratante.

Se llevaron a cabo una serie de entrevistas semi-estructuradas con el paciente y se tomó en consideración la información presente en su historia clínica referente a internaciones previas, patologías antecedentes, tratamientos terapéuticos anteriores, estudios precedentes, etc.

Además de lo indagado con el paciente, se realizó una entrevista a la psicóloga y otra a la psiquiatra, ambas de planta del equipo tratante, que tuvieron como ejes:

- Datos relevantes sobre el motivo de internación.
- Evaluación y confección del diagnóstico del paciente.
- Particularidades del abordaje terapéutico y psicofarmacológico que se implementa por el equipo en casos de estas características.
- Intervenciones realizadas por el equipo tratante y su efecto en la evolución del cuadro.
- Pautas de tratamiento y expectativas de evolución en este caso.
- Consideraciones a tener en cuenta a la hora de evaluar una posible externación del paciente.
- Alternativas de derivación a otros dispositivos.
- Situación actual de las redes de apoyo social y su incidencia en el tratamiento.

4.4 Procedimiento

Los datos e información requerida para el presente trabajo, fueron recolectados mediante la observación participante a lo largo del tratamiento del paciente de manera periódica, en sesiones de aproximadamente de 30 minutos a cargo del equipo tratante, durante la internación del mismo en el Servicio de Admisión.

La información se recabó mediante entrevistas semi-estructuradas con el paciente, a las que se añadieron una entrevista a la psicóloga y otra a la psiquiatra.

Asimismo, se tuvo en cuenta toda información pertinente presente en la historia clínica de S, además de estudios previos o historiales de tratamientos anteriores.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

S era un paciente de 21 años de edad, de nacionalidad argentina que ingresó por la guardia del hospital el día 12/04/16, traído por sus padres con asistencia de personal policial. Al momento del ingreso, el paciente presentaba un cuadro de excitación psicomotriz, en conjunto con conductas heteroagresivas asociadas a alucinaciones auditivas e ideas delirantes de perjuicio y persecución.

Sus familiares refirieron que luego de que S golpeara a varias personas en la vía pública, estrangulara a su mascota y amenazara a su hermana con un arma blanca, decidieron solicitar asistencia de personal policial en el domicilio para poder trasladarlo hacia el hospital. Sus padres también agregaron que dos semanas antes del momento de la internación, el paciente manifestaba ideas autolíticas e ideación suicida, en conjunto con episodios de heteroagresividad en los cuales el paciente destruyó varios muebles de su vivienda, circunstancia en la cual también intervino personal policial.

Al momento del examen semiológico de ingreso, los profesionales de la guardia del establecimiento evaluaron que el paciente se presentaba con aspecto desprolijo, reticente a la entrevista, con una marcada tendencia a la impulsividad, consciente de situación pero no de su enfermedad, hipotímico, hipoprosexico; e impresionaba con alteraciones sensoperceptivas de tipo auditivas, con pensamiento enlentecido y de contenido delirante, hipobulico y con el juicio desviado.

Por medio de tal examen y en consonancia con lo relatado por los familiares y el personal policial, el equipo de guardia consigna un diagnóstico presuntivo de descompensación psicótica en el marco de un trastorno esquizofrénico. En vistas a ello, se indica un examen clínico complementario y que el paciente pase al servicio de admisión del hospital, con el fin de realizar una evaluación exhaustiva, una aproximación diagnóstica más elaborada y la planificación de un tratamiento acorde al cuadro.

Con posterioridad, el paciente ingresa al servicio de admisión el día 13/04/16, habiendo recibido medicación intramuscular en la guardia del hospital, por lo cual se encontraba somnoliento, sin ganas de hablar con el equipo, y reticente al tratamiento. Esta situación se repite por los próximos tres días posteriores al ingreso, cuestión que generaba gran dificultad para poder evaluar las funciones psíquicas y el estado psiquiátrico del mismo.

Durante el día posterior a su ingreso, la asistente social del establecimiento mantiene una entrevista con el equipo tratante de S, y aporta información sobre su contexto. Según refirieron los familiares, había nacido por parto normal y padecido las enfermedades comunes de la infancia; nunca había tenido convulsiones ni alergias; cursó el colegio hasta séptimo grado y desde allí abandonó el medio académico.

En dicho momento, vivía con su madre y hermanos como integrante de un sistema familiar que resultaba disfuncional y no continente; y se hallaba trabajando con su padre en un taller mecánico.

A ello se suman antecedentes familiares de un hermano materno que fue paciente psiquiátrico y falleció estando internado en una institución monovalente. Desde dicho suceso, sus padres decidieron separarse.

El padre estaba en pareja con otra mujer, y la madre permanecía soltera, debido a que tenía que dedicarse todo el día a S, según refirió. Por último, también se detectó que el padre del paciente vivía a pocas cuadras de la vivienda donde S convivía con su madre y hermanos.

Pudo constatar que existían tratamientos precedentes a la internación, también en hospitales monovalentes infantojuveniles, así como en el mismo establecimiento donde cursó esta internación.

En función de la información recabada a partir de las historias clínicas previas, se destacaba la existencia de poca o casi nula adherencia al tratamiento, además del el abandono de los tratamientos propuestos y el abordaje farmacológico indicado. En los meses previos a la internación, el paciente había realizado tratamiento de modalidad ambulatoria en el establecimiento, pero terminó interrumpiéndolo.

Durante su paso por el servicio de admisión, desde el inicio hasta los momentos previos a su alta médica, S permaneció internado de manera involuntaria, ya que en las evaluaciones de ingreso y durante el tratamiento, representaba un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, sustentado en los antecedentes de conductas auto y/o heteroagresivas, en conjunto con su cuadro de ingreso y según lo relatado por los familiares.

Al momento del ingreso al servicio de admisión, el equipo tratante que toma su caso estaba compuesto por dos médicas psiquiatras formadas en el establecimiento, acompañadas por dos psicólogas clínicas también formadas en la institución, y un grupo de cuatro pasantes estudiantes de psicología. Este equipo estaba en constante comunicación con el servicio social del hospital y los abogados de la defensoría, debido al carácter de su internación.

Se propone como inicio de tratamiento, un plan farmacológico estándar para cuadros similares, constituido por 30mg de Haloperidol y 12mg de Lorazepam, ambos por vía intramuscular, distribuidos en tres aplicaciones durante mañana, tarde y noche.

Además de esto, se llevan a cabo entrevistas diarias de aproximadamente 30 minutos con el paciente, a los fines de recabar información útil para el tratamiento e indagar sobre los motivos de internación.

Durante el progreso del tratamiento, el paciente logra mejorar su estado global, manteniendo una nula conciencia de enfermedad, pero pudiendo trabajar ciertas cuestiones asociadas a sus delirios y a sus conductas heteroagresivas. Se añade a ello, el hecho de que al momento de su externación, el paciente se encontraba vigil, tranquilo, colaborador, orientado, sin ideas delirantes ni alteraciones sensorio-perceptivas, hipobulico, hipotimico, con el apetito y el sueño conservados, y recibiendo un plan de medicación de menor intensidad y cantidad que al momento del ingreso.

Luego de varias semanas de tratamiento en el servicio de admisión en las cuales recibió asistencia psicoterapéutica y farmacológica, S había compensado su cuadro de ingreso, y no evidenciaba la presencia de la sintomatología delirante, impulsiva y de heteroagresión; de esta manera, el

equipo tratante decide pasarlo a un servicio de internación de corto plazo dentro del mismo hospital el día 03/05/16, para trabajar un poco más las temáticas de conflicto familiar, y posterior posibilidad de externación.

5.2 Motivo de Internación y Diagnóstico de Admisión.

Cabe destacar que si bien el informe realizado por la guardia del hospital detalla de manera certera los sucesos previos al ingreso del paciente a la institución, durante la internación en el servicio de admisión se recabaron gran cantidad de otros elementos que configuraban la estructura del cuadro y daban sustento al diagnóstico confeccionado.

Tanto el paciente como sus familiares, fueron relatando diversas situaciones que dejaban ver la presencia temporal de la sintomatología, y se mostraba de manera clara la forma en que esta sintomatología condicionaba la conducta y el pensamiento, así como también se enlazaba a los episodios de agresividad y a su productividad psicótica.

Si bien el episodio del cuadro de excitación psicomotriz constituyó un elemento crucial para decidir su internación y configurando un motivo de internación concreto, se detectaron otros elementos que aportaban a la aproximación diagnóstica, por lo cual se requirió de varias instancias de evaluación, así como también múltiples entrevistas con familiares y un trabajo progresivo con el paciente para generar empatía y lograr que pudiera relatar las cosas que le sucedían, procedimiento que refleja lo estipulado para los servicios de admisión hospitalaria (Hospital Municipal José T. Borda, S/F).

Según el relato de la madre, el paciente estranguló a su mascota el día previo a que lo trajeran al hospital, mismo día en el cual destruyó todos los focos de su vivienda, rompió una ventana con la cabeza, y amenazó a su hermana con un cuchillo.

A través de esta información y de las extensas entrevistas con el paciente, con el correr del tratamiento se fueron aclarando dichas situaciones y

el equipo logró comprender la lógica y encadenamiento de estos hechos, según cómo lo veía el paciente.

S comentaba que en ese día se sentía un poco enojado debido a que la noche anterior había discutido con su padre, es por eso que le molestaba la luz, ya que según él: *"me ponía nervioso tanta claridad"*. Esto estuvo acompañado de conductas de aislamiento, dado que, según el relato de la madre, se encerraba solo en la habitación a oscuras. Entonces, se dio cuenta que su gata lo miraba mucho, según refirió: *"no sabes cómo me miraba esa gata, tenía cara de mala, yo sabía que algo estaba por hacerme"*. Por ello, decidió acercarse, simular una caricia y ahorcarla con sus manos.

Pero esto no se detuvo allí, ya que según comentó el paciente: *"Alguien me había visto, no sabía bien quién."* Luego, procedió a enterrarla en el jardín y se dirigió a su habitación a encerrarse nuevamente a oscuras. Algunos minutos después, decidió que su gata tenía que volver, así que procedió a desenterrarla, ponerla al sol y tirarle un poco de agua, ya que según refirió: *"los gatitos tienen siete vidas, y a esta gata le quedaban seis aún, no sé porque no se levantaba, yo la puse al sol, le tiré agua y ahí la dejé, para que se levante."*

En esa circunstancia llega su hermana a la casa, ve la escena y se pone a gritar desesperadamente, y, según relató el paciente, esto le dejó en claro que ella era la persona que lo había visto matar a la mascota. En lo concerniente a ello, el paciente expresó que en dicho momento sintió un impulso que lo llevó a entrar corriendo a la casa, tomar un cuchillo y buscar a su hermana. Cuando la encuentra, comienza a amenazarla verbalmente, y es allí donde aparece su madre que se encontraba trabajando; S dirige su atención hacia ella, amenazándola también; su hermana corre hacia afuera y su madre la sigue, pero el paciente permanece en la casa, nuevamente a oscuras.

Unas horas más tarde, se acerca personal policial a la vivienda, acompañados de la madre, el padre y la hermana del paciente, con el propósito de trasladarlo hasta el hospital.

A estos hechos se suman diversas situaciones de agresiones hacia los vecinos, de destrucción de elementos de la vía pública -como ser basureros y cartelería-, conductas de abuso de sustancias que refirieron tanto el paciente como sus familiares, y antecedentes de problemáticas a nivel conductual y vincular durante la infancia, que se evidenciaban más claramente en su relación con pares durante su paso por la escuela y en una relación ambivalente con sus padres, con quienes se vinculaba de manera inestable y con marcada labilidad emocional; sucesos que aportan a la detección de indicadores tempranos de patología mental (Leiderman, 2003).

Por lo expuesto, y en conjunto con los antecedentes recabados y lo estipulado en la Ley 26.657 respecto a los tipos de internación, el equipo de profesionales de guardia indica una internación de carácter involuntario, debido a la existencia clara y concisa de riesgo cierto e inminente para sí y para terceros, además de la ausencia de alternativas de tratamiento en dicho momento.

Esta indicación fue ratificada y sostenida por el equipo tratante en el servicio de admisión, a partir de lo cual se confeccionaron los informes judiciales pertinentes y se notificó al juzgado del carácter de la internación, que se mantuvo como tal hasta el momento en que el paciente egresó del servicio; trámites administrativos que constituyen los pasos a seguir pautados desde el marco legal (Ley 26.657).

Por otra parte, el diagnóstico presuntivo que había adjudicado la guardia, es tomado por el equipo tratante y sometido a revisión, por medio de un proceso de evaluación más exhaustivo y prolongado, que partió de la información ya recabada, a la que se adjuntó toda nueva información pertinente que provino de las entrevistas y de las historias clínicas anteriores, y finalmente el debate interdisciplinario del equipo que se realizó sobre el caso.

A la hora de confeccionar un diagnóstico, el equipo tratante partió de los criterios diagnósticos planteados en el DSM-IV-TR (APA, 2001), manual consensuado para usar en el servicio. A esto se sumó la perspectiva clínica de los profesionales del equipo.

El elemento fundamental que se tomó en consideración fue la presencia de ideas delirantes en el paciente, que, según pudo rastrearse, venían apareciendo desde aproximadamente tres meses anteriores a la internación, acompañadas de alteraciones sensorio-perceptivas de tipo auditivas, casi durante el mismo lapso de tiempo.

Por un lado, las ideas delirantes se objetivaban en pensamientos que le proveían de una lógica de que su familia lo quería sacar de la casa, de que su madre lo odiaba y que su padre quería golpearlo. Dichas ideas resultaban irreductibles ante la indagación de los profesionales y en conjunto a esto determinaban la conducta. Por otro lado, las alucinaciones auditivas, se objetivaban en una voz femenina desconocida, que en los momentos de mayor tensión, le indicaban al paciente que realice ciertas cosas, o que simplemente ceda ante sus impulsos. Dichas ideas delirantes y alteraciones sensorio-perceptivas, podrían ubicarse entre los síntomas positivos característicos de los cuadros esquizofrénicos (APA, 2001).

A esto se añadía que se evidenciaba un marcado deterioro en el ámbito laboral y social, ya que desde la aparición de las ideas delirantes, S había abandonado el trabajo que realizaba junto a su padre. Y en función de las alucinaciones, se desplegaron las conductas más violentas del paciente para con sus familiares y vecinos, lo que contribuyó a detectar un marcado deterioro en el plano social y laboral, aspectos emblemáticos de este tipo de cuadros (APA, 2001).

Otro detalle que aporta a la construcción diagnóstica, es que durante las entrevistas, las pocas veces que se llegaba a profundizar sobre cuestiones vinculares con su familia, el paciente relataba situaciones, que bajo la óptica de los profesionales resultaban con una visible carga emocional, pero las narraba como si se tratara de cosas comunes, sin movilizarse ni siquiera un poco. Dicho aplanamiento afectivo, podría estar ubicado dentro de los síntomas negativos característicos de la patología (APA, 2001).

También se descartaron causas orgánicas, deterioro cognitivo por patologías clínicas y la presencia de trastornos esquizoafectivos y del estado

del ánimo, lo cual solidificó la hipótesis diagnóstica del equipo tratante. Fue de gran importancia el hecho de descartar dichas patologías orgánicas, por cuanto se configuran como posibles criterios de exclusión a nivel diagnóstico (APA, 2001).

Finalmente, y luego de analizar toda la información recabada, se encontraron elementos que podrían corresponderse con los indicadores tempranos desarrollados por Leiderman (2003), como ser conductas de aislamiento en la infancia, fallas escolares y una baja habilidad organizativa.

Todos estos elementos fueron monitoreados y evaluados durante el total de la internación, habiendo algunos remitido de manera evidente; el paciente permaneció durante toda la internación, sin conciencia de enfermedad, por lo cual el trabajo terapéutico resultaba muy dificultoso.

Una vez integrados, esta conjugación de síntomas permitió al equipo construir un diagnóstico de Esquizofrenia según el manual DSM-IV-TR propuesto por la American Psychiatric Association (2001). Dicho diagnóstico fue reevaluado al momento del egreso del paciente, y al inicio del tratamiento constituyó un nodo fundamental para la planificación del mismo.

Cabe mencionar que si bien al ingreso se registraron situaciones previas de consumo de sustancias según referían sus familiares, mediante las entrevistas con el paciente y los familiares, se pudo indagar lo suficiente para descartar un trastorno por abuso de sustancias, ya que se trataba de situaciones aisladas de consumo, que no mantenían periodicidad ni necesidad expresa de las sustancias; el paciente relataba que fueron pocas las veces en las que consumió. Durante su estancia en la institución, tampoco se le encontraron indicadores de un síndrome de abstinencia, por lo cual se detectó la no existencia de un trastorno por abuso de sustancias, que configuraría un criterio de exclusión diagnóstica (APA, 2001).

Una vez realizado el diagnóstico, los profesionales decidieron mantener un esquema de medicación similar al indicado por la guardia del hospital, que fue ajustándose progresivamente en relación a la evolución del cuadro. Dicho plan de medicación se constituyó a partir de la observación clínica por parte de

los psiquiatras del equipo tratante y partiendo de los protocolos de medicación consensuados científicamente (Heimann Navarra, 2015).

5.3 Intervenciones durante el tratamiento.

Como punto de partida, una de las principales cuestiones a considerar durante el tratamiento, fue la escasa o casi nula conciencia de enfermedad del paciente, la cual según consideración de los profesionales, podría haber estado vinculada a problemáticas de aprendizaje, sustentadas en el grado de deterioro cognitivo presente en el paciente y que se manifestó como tangente constante a lo largo de la internación (Acosta & Lozano, 2009). Así también, una escasa integración de la familia en la situación de S, contribuyó a la aparición de diferentes dificultades para el proceso. Esto último se vincula con la esencial necesidad de integración familiar al tratamiento del paciente. (Rascón et al., 2003).

El equipo tratante, compuesto por psicólogos y psiquiatras, intentaba en conjunto, elaborar un marco psicoterapéutico que complementa la terapéutica farmacológica en la internación, pero la reticencia al tratamiento y los antecedentes de abandono del mismo, se mantenían como una base omnipresente en todas las instancias del proceso de internación.

Resaltadas estas cuestiones, puede considerarse que las expresas dificultades propias del cuadro y de su sistema, obligaron a los profesionales a realizar un recorte de las alternativas terapéuticas y a planificar un continuum de intervenciones realizadas por algunos momentos, de manera aislada e independiente de las temáticas subyacentes, y, por otros, con la intención de indagar e incidir en la estructuración de la problemática que el paciente expresaba. Es decir, las intervenciones realizadas durante el tratamiento, fueron en parte exploratorias, y en parte tenían el propósito de causar efectos en el armado y la lógica del cuadro.

La secuencia de intervenciones según fueran exploratorias o bien aquellas que intentaban introducir cambios, no estaba dada de manera ordenada ni preestablecida, ya que en una misma entrevista, una intervención

incisiva podía estar seguida de una intervención exploratoria, o viceversa. Esto impulsó al equipo a generar un marco terapéutico flexible, que no se limitaba únicamente al consultorio donde se entrevistaba al paciente, sino que también a los pasillos del pabellones, sala de enfermería, habitaciones, etc. (Rascón et al., 2003).

Ambos tipos de intervenciones se encontraban con claras dificultades que obstruían la posibilidad de armar un progresivo modo de intervenir terapéuticamente, ya que las intervenciones que buscaban indagar sobre lo que le sucedía al paciente, rápidamente podían quedar incluidas en el armado delirante del pensamiento de S. En conjunto a esto, las intervenciones que buscaban incidir, tenían como contrincante a las voces que provenían de adentro y lo llevaban a contestar o negar lo que se le planteaba. Por lo cual ante preguntas claras como: ¿Que te sucedió? ¿Qué te trajo por acá?, el paciente conseguía contestar con situaciones ficticias o desdibujadas, con una marcada tendencia a la minimización de los hechos sucedidos.

Con el transcurrir del tiempo, ciertas intervenciones fueron progresando, de manera lenta, entre las cuales se destacaban las intervenciones que buscaban el por qué de la internación; ante la remisión parcial de la sintomatología delirante del paciente, se verificó que las voces fueron dejando de aparecer, según se supone, por la acción de la medicación. Estas voces, quizás no desaparecían totalmente, pero bajaban su vigor y frecuencia de aparición.

Es preciso señalar que los equipos tratantes en los servicios de admisión, disponen de un protocolo de preguntas que son efectuadas a los pacientes cada día que se los entrevista. Estos interrogantes indagan sobre cuestiones clínicas básicas, como apetito, sueño, dolores, sensaciones corporales, antecedentes clínicos, etc.; y sobre otros aspectos que se orientan a obtener información importante sobre el cuadro psiquiátrico, ya sea sobre la presencia de voces, alucinaciones visuales, ideas delirantes, o bien compulsiones u obsesiones. (Hospital Municipal José T. Borda, S/F).

A partir de estos protocolos, los profesionales tratantes de S, durante cada entrevista, planteaban diferentes preguntas sobre cuestiones ya habladas, o bien elementos nuevos que iban apareciendo, con el fin de explorar e indagar sobre elementos relevantes para su tratamiento. Esto se indagaba de manera reiterativa, ya que dado el grado de desorganización en el pensamiento del paciente, y en conjunto con su delirio, cada respuesta sobre una misma cuestión se iba dotando de diferente contenido cada día, según se especulaba, debido a la desorganización característica de este tipo de cuadros (APA, 2001). A estas particularidades, también antecedian las ideas de prejuicio y su posición reticente a la terapéutica.

Finalmente, la información conseguida resultó el producto de las interpelaciones realizadas al paciente y de la información que proveía su familia en las entrevistas familiares. Los profesionales se veían forzados a realizar interpretaciones teniendo en cuenta ambas versiones. Ya que si bien comentaban hechos similares, el paciente incluía estos sucesos en un armado delirante que dotaba de una lógica particular a estas situaciones, en tanto la familia aportaba datos que eran omitidos por el paciente, o bien los mencionaba de manera desfigurada.

Con respecto a las intervenciones que buscaban introducir cambios en el los diferentes niveles de funcionamiento del paciente, se encontraban intervenciones de tipo psicosociales, intervenciones psicoeducativas e intervenciones familiares, acompañadas constantemente de intervenciones psicoterapéuticas individuales. (Campero-Encinas, et al. 2009).

En primer lugar, las intervenciones psicosociales, fueron planteándose, ante la evidente disfuncionalidad del paciente en su plano vincular y social; y, dado que existían antecedentes de violencia y de vinculaciones patológicas como fue relatado anteriormente, el equipo consideró de suma importancia estimular en el paciente la capacidad de relacionarse mejor con su entorno. Ello se trabajó en un primer momento buscando promover un cambio de sentidos en el armado lógico que subyacía a sus habilidades y maneras de actuar con los demás adhiriendo a lo planteado en estudios especializados (Ruiz Cala et al., 2007), pero se evidenció que las particularidades del cuadro,

como ser sus ideas de prejuicio, en conjunto con el alto grado de impulsividad y violencia, imposibilitaron un trabajo terapéutico que pudiera proveer de nuevas perspectivas y nuevos modos de actuar.

Debido a la gravedad de los hechos sucedidos, el equipo decidió que a partir de esa instancia, las intervenciones en este plano serían necesariamente de carácter imperativo, reiterando al paciente las cosas que no se deben hacer, y resaltando la existencia de alternativas en muchas situaciones similares. La baja efectividad de estas intervenciones fue aparente, y debido a que el paciente estuvo internado de manera involuntaria y sin salidas transitorias; en virtud de ello, el equipo no pudo evaluar que hayan incidido de alguna manera en el funcionamiento cotidiano del sujeto. Sin embargo, en el día a día durante la internación, S permanecía tranquilo en el servicio, aun cuando se presentaban situaciones estresantes o de agresión por parte de sus compañeros de sector.

En segundo lugar, las intervenciones de tipo psicoeducativas fueron una de las principales vías de intervención del equipo tratante para con el paciente. En coherencia con lo que indica la literatura científica sobre este tipo de intervenciones (Campero-Encinas et al., 2009) se encontró que la necesidad de brindar al paciente y sus familiares ciertas técnicas y estrategias para identificar la aparición y vigencia de la sintomatología y así prevenir conductas de riesgo y mayor deterioro, fue imprescindible desde el primer momento, ya que a consideración del equipo, S y su familia poseían escasos recursos cognitivos y habilidades sociales muy rudimentarias que contribuían a su empeoramiento y afectaban el funcionamiento del sistema familiar.

Tales intervenciones se fueron planteando en diferentes planos y momentos, por un lado con el paciente en sus entrevistas diarias, así como también en charlas fuera del consultorio, por cuanto resultaba de vital importancia realizar un abordaje integral del paciente y responder a la necesidad de plantear un combo de intervenciones y herramientas en distintos espacios (Rascón et al., 2003). Por otro lado, estas intervenciones también se daban en las intervenciones familiares, o bien en las entrevistas familiares en las que se incluía al paciente.

Como primer objetivo, estas intervenciones apuntaban a proveer de información clara y concisa a los familiares respecto a las particularidades de la patología de S, las cuales en algunas entrevistas eran motivadas por preguntas de los familiares, quienes preguntaban concretamente por la cronicidad de los síntomas, la posibilidad de mejoría y los factores que lo solían alterar cotidianamente, y en otras eran efectuadas por los profesionales ante la presencia de percepciones erróneas sobre el padecer, las cuales ameritaban intervenciones psicoeducativas que brindaran información clara sobre ciertos síntomas, y confrontar creencias respecto de la esquizofrenia y sus causas. Cabe mencionar, que la preocupación por cuál era el diagnóstico del paciente, fue manifestada de manera insistente en varias oportunidades por los familiares. Esto fue manejado con cautela, ya que según comprendía el equipo tratante, existía la posibilidad de que el hecho de poner nombre al padecimiento del paciente pudiera disparar un conjunto de conductas por parte de los familiares que empeorarían la situación.

Con respecto al paciente y consecuentemente con lo investigado en estudios recientes (Zapata et al., 2015), las intervenciones psicoeducativas, buscaban proveer información sobre la sintomatología que se le presentaba a S, y a esto se añadía la intención por parte del equipo, de que esta información contribuyera a que el paciente pueda tomar cierta conciencia sobre lo que le sucedía y sobre por qué reaccionaba de algunas maneras ante las situaciones estresantes. Esto último, también se va a ver yuxtapuesto a la problemática característica de su cuadro de base, el armado delirante, la escasa conciencia de enfermedad y la reticencia al tratamiento, fueron obstáculos frecuentes para estas intervenciones.

Por último, el total de las intervenciones psicoeducativas, pretendían también remarcar ante el paciente y sus familiares, la importancia de la continuidad de los tratamientos, con el propósito de informar sobre los riesgos y posibilidades iatrogénicas que son comunes en el abandono del mismo. En el plano familiar se consiguió reforzar de gran manera esta temática, encontrándose mucha colaboración por parte de los familiares durante su tratamiento. Sin embargo, nuevamente la estructura de la patología del

paciente intervenía de manera frecuente en la edificación de estas ideas y saberes, por lo cual se buscaba reforzar a la familia para poder estimular la continencia del sistema familiar de acompañamiento al paciente (Campero-Encinas et al., 2009). Para esto, se intervino mediante comentarios directos de manera reiterativa con los familiares informando sobre las posibilidades de recaídas y/o empeoramientos de cuadro de base.

Otro elemento a destacar, es que S se presentaba a todas las entrevistas y hablaba con todos los integrantes del equipo tratante; no obstante ello, durante el progreso del tratamiento, se logró detectar que el paciente tenía cierta preferencia aparente con algunos miembros del equipo, lo que se evidenciaba mediante una notoria empatía particularmente hacia dos profesionales del equipo, quienes eran uno de los residentes y un alumno de psicología: por momentos, alguno de los profesionales realizaba una pregunta y el paciente decidía contestarle al profesional con el que más empatía tenía; también se acercaba a realizarles preguntas o comentarios cuando se los cruzaba por los pasillos del pabellón; y, con el tiempo, logró mostrar un poco menos de reticencia al tratamiento para con ellos.

En diálogos posteriores con los profesionales a cargo del servicio donde finalmente fue trasladado el paciente luego de encontrarse compensado en el servicio de admisión, los mismos referían que S durante el corto tiempo de internación que permaneció en dicho servicio, no presentó cuadros de excitación, tampoco se le detectaron signos de impulsividad contenida, ni situaciones de agresión ni se vinculó de manera reticente con los profesionales que lo trataron. Asimismo, destacaron que comentaba frecuentemente la aparente buena relación que había entablado con el equipo tratante en el servicio de admisión.

Con respecto a la efectividad de las intervenciones realizadas en el proceso de admisión, los profesionales del nuevo equipo tratante señalaron que si bien los episodios antecedentes a la internación estaban expuestos en la historia clínica del paciente, este nunca hizo referencia a dichos hechos, dejando de lado en su discurso las situaciones de violencia y agresiones que lo llevaron a ser trasladado por personal policial al hospital. Por esta razón, los

profesionales terminaron por cuestionarse cuán eficaces fueron las intervenciones que apuntaban a fomentar la toma de conciencia respecto a su cuadro y a su situación.

Finalmente, el paciente fue externado del hospital para continuar su tratamiento en un centro de atención primaria de la salud cercano a su vivienda en el sur del Gran Buenos Aires. Según comenta el equipo de profesionales que lo externó, las herramientas con las que contaba la familia y la capacidad de colaborar con la búsqueda de un centro de atención, resultaron claves para decidir su externación y de suma importancia para acelerar el proceso y garantizar la continuidad del tratamiento en dicho establecimiento en función de lo pautado en el marco legal (Ley 26.657).

5.4 Particularidades del cuadro y redes sociales.

En el caso particular de S, la búsqueda de información que permitió comprender el funcionamiento del sistema familiar y su particular posición dentro del mismo, debió realizarse de manera extensa, por medio de las entrevistas familiares, las entrevistas con el paciente, comunicaciones telefónicas con otros familiares y otros profesionales, a la par que se desarrollaba el exhaustivo trabajo de los profesionales del servicio social de la institución.

Partiendo del examen de guardia presente en la historia clínica, que en su informe respecto a la cuestión social del paciente refirió que se detectaban problemáticas a nivel vincular y un sistema familiar de tipo conflictivo y poco continente, el equipo tratante del servicio de admisión se propuso realizar una búsqueda lo suficientemente completa como para comprender de qué manera esta situación incidía en el cuadro del paciente.

Es preciso mencionar que la sintomatología detallada por la guardia en el informe de ingreso dejaba ver un cuadro de riesgo con implicancias para sí mismo y para terceros, por lo cual debía realizarse un examen preciso sobre todas las órbitas de funcionamiento del paciente.

Un elemento preliminar a considerar, es que durante las entrevistas y el transcurso del tratamiento no se evidenciaron signos de alteraciones tempranas, ni sintomatología asociada a dificultades del desarrollo temprano o complicaciones de parto, las cuales fueron de central importancia descartar ya que pueden ser factores asociados a la constitución de los síntomas del cuadro (Vicens-Vilanova et al., 2003).

La primera cuestión que resultó evidente para el equipo fue la descrita en el examen de ingreso, por la presentación de los síntomas del paciente y el cuadro de excitación psicomotriz, y en articulación con las internaciones previas y antecedentes relatados por la madre, el equipo supuso que la escasa capacidad de contención no se objetivó en la incapacidad de llevarlo a la guardia del hospital, sino que, según se indagara, el cuadro fue conformándose con el tiempo, los síntomas fueron empeorando gradualmente y traduciéndose

en conductas desadaptativas. A ello se añade que no se trató de un primer brote, sino que la familia ya había experimentado este tipo de situaciones en diferentes momentos, según refirieron en las anteriores internaciones de S. Entonces, se concluyó que en el momento previo a la internación, la familia no contaba con las herramientas suficientes para detectar lo que le estaba sucediendo.

Los familiares que componen las redes apoyo del paciente deberían ser capaces de brindar contención, colaborar con la detección y tratamiento de la patología, y proveerle de un entorno no conflictivo para poder subsistir (Álvarez, et al., 1995). Esto, claramente y en función de lo indagado, no se daba en el caso de Sergei.

Otro de los sucesos fundamentales a nivel familiar que incidieron en la vida del paciente, fue la separación de los padres, la cual según relata el mismo, fue un hecho estremecedor, que lo afectó de gran manera. Luego de sucedida, según comentaron los familiares, el paciente comenzó a tener conductas de aislamiento e irritabilidad, que fueron interpretadas como signos normales de una situación estresante. Esto resulta ser otro indicador de la escasa capacidad de contención de la red, ya que según se plantea en la bibliografía científica, la capacidad de dar apoyo emocional, es una de las principales funciones de las redes sociales y uno de los elementos más significativos a la hora de prevenir re-internaciones (Álvarez, et al., 1995).

Se añaden dos sucesos que se dan por separados pero en el mismo momento. Por un lado, la hermana del paciente había abandonado la escolaridad y se ausentaba de la casa en la cual convivía con el paciente y la madre de ambos, cuestión que impacta en él ya que, según relató en las entrevistas, encontraba un gran apoyo en su hermana, de similar edad, porque ella aparentemente lo acompañaba y ayudaba en muchas cosas. En simultáneo, el padre conforma una nueva familia con una nueva pareja, y comienza gradualmente a cortar el contacto con S, hasta el punto de vincularse solamente en los horarios de trabajo que compartían. Estos sucesos podrían ser comprendidos como elementos implicados en el deterioro del estado del paciente, ya que se considera que la calidad de vida de los pacientes tiene una

directa relación con la presencia de redes de apoyo social lo suficientemente buenas (Navarro Bayon, et al., 2008).

Por último, se destaca un elemento crucial para comprender la conflictividad del sistema familiar. La posición de la madre resulta ser, según la opinión del equipo tratante, uno de los elementos que más aporta a la desestabilización del paciente, ya que a lo largo del proceso previo a la internación, fue desarrollando una serie de conductas y actitudes que deterioraron la autonomía y la escasa estabilidad emocional del paciente.

Según cuenta el paciente, su madre estaba todo el día con él, había dejado de trabajar para permanecer en dicho lugar. Ante la presentación de los síntomas en S, siempre su madre respondía de manera exagerada o bien desacertada.

Dentro de los primeros síntomas que fueron detectando los profesionales en el discurso del paciente, aparecían las conductas de aislamiento, en las cuales se encerraba en las habitaciones, con las luces apagadas por mucho tiempo. Dichas conductas yacían motivadas por un miedo irracional que el paciente no lograba describir del todo, y lo angustiaba mucho. La madre también resultaba angustiada, y la mejor manera de ayudarlo que encontró, es llevándolo a dormir con ella, en su habitación, en su misma cama. Dicha situación se repitió durante al menos dos meses.

En conjunto a esto, el creciente grado de desorganización del paciente durante los momentos previos a la internación, fue provocando que abandone las conductas de aseo personal: permanecía sucio y desprolijo, circunstancia que nuevamente angustiaba a la madre, y terminaba en una situación en donde bañaba con sus propias manos al paciente, ya que según refirió la madre en las entrevistas, eso no tenía nada de malo, y fue la mejor idea que tuvo.

Estas situaciones, fueron evaluadas por el equipo de profesionales como conductas fuera de lugar y como actividades deteriorantes para la autonomía del paciente y su estabilidad emocional. Reiteradas veces se intervino de manera directiva sobre esta cuestión en las entrevistas, pero en ningún momento la madre evidenció una toma de conciencia clara sobre lo que estaba

haciendo. Esto último con un trasfondo de escasas habilidades sociales por parte del paciente para interactuar con estos elementos de su red social, estas habilidades resultarían de suma importancia a la hora de la interacción social según los estudios actuales (Vázquez Morejón Jiménez, et al., 2007).

Durante el transcurso de las entrevistas, comenzaba a esbozarse otra situación conflictiva con la madre, que llevó mucho tiempo de diálogo con el paciente y con aquella, que terminó siendo comprendida por los profesionales después de mucha información recabada. En aquel momento, posterior a la separación, la madre tenía una relación itinerante con una nueva pareja, que por momentos pasaba tiempo en la casa, donde también vivía Sergei. A su vez, el paciente había iniciado una relación con una muchacha del barrio. Cabe aclarar que la madre del paciente es de cabello rubio, y dicha muchacha era de cabello negro y piel morecha. Aclarado esto, se puede mencionar que una problemática vincular fue configurándose y presentándose diariamente hasta el punto de que el paciente echó a los golpes a la pareja de la madre de su casa, y posterior a esto, la madre le prohibió la entrada a la novia del paciente a la misma casa.

Según refirió el paciente durante las entrevistas, su madre estaba disconforme con la relación que él mantenía con esta muchacha, adjudicándole todo tipo de calificativos, denostándola y tratándola mal, ya que según comentó la propia madre al equipo, esta chica *“era una negrita, vulgar y ordinaria”*, y que su hijo tenía que estar *“con alguien rubia, como su mamá”*, es a partir de esto y en conjunto con otros episodios relatados anteriormente que el equipo consensua la clara dificultad de cuidado y acompañamiento por parte de la madre hacia el paciente, la cual debería incidiría directamente en la desestabilización del cuadro de acuerdo con las concepciones actuales (Benítez Camacho et al., 2005).

Luego de un gran tiempo de estas situaciones conflictivas, en una de las noches previas a la internación, la madre del paciente se hallaba cenando junto a su pareja, y S ingresó súbitamente a la casa, comenzó a golpearlo y terminó echándolo a los golpes.

Resulta importante aclarar que la madre al comentar dicho episodio durante una entrevista familiar se mostraba indignada por lo que su hijo había hecho, pero se mostraba indiferente a lo que ella le había hecho a la pareja de su hijo, ya que consideraba que estaba bien, y que así deberían ser las cosas.

En paralelo a estas situaciones, se fue dando el progresivo alejamiento del padre, lo cual, según comentó el paciente, le fue provocando sentimientos de desprecio hacia aquel. Dichos sentimientos, al ser evaluados por el equipo, resultaban ser producto de ideas de prejuicio, las cuales contribuyeron a que el vínculo con su padre fuera cada vez más conflictivo, y terminara también con una situación de violencia y golpes entre los dos. Posterior a esto, el paciente abandona el trabajo que realizaba con su padre, y se incrementan las conductas de aislamiento.

Durante todas estas situaciones de violencia, su hermana se mostraba indiferente, o bien se ausentaba de la vivienda por largos periodos de tiempo, lo que angustiaba mucho al paciente.

Debido a esta comunión de situaciones conflictivas que rodeaban la patología del paciente, se resaltaba la importancia de un abordaje integral que comprenda no solamente lo terapéutico y farmacológico, sino también el trabajo vincular y psicosocial (Gómez, 2013).

Como tangente a todas estas situaciones problemáticas, se añade que el paciente no lograba tomar registro de lo que le iba sucediendo; es decir, que no existía un reconocimiento de la sintomatología y la presencia de una patología desarrollándose (Sanz et al., 1998).

Dicha conciencia de enfermedad, como ya se ha mencionado en este trabajo, resulta uno de los elementos primordiales para el tratamiento de un paciente esquizofrénico (Haro et al., 2001). Debido a lo cual las dificultades expresas del cuadro en sí, se ven acompañadas de esta incapacidad de registro de lo que va sucediéndole al paciente.

Podría considerarse que si bien se trabajó esta cuestión de manera intensiva, intentando abordarla en distintos niveles de intervención psicoterapéutica, y que también se propuso trabajarla de manera imperativa

con el paciente, no se pudo evidenciar un cambio sustancial respecto a dicha cuestión.

Los progresos fueron parciales según refirieron los profesionales durante las entrevistas, ya que si bien el paciente pudo comenzar a reconocer algunos síntomas y algunos modos de proceder, que resultaban desadaptativos, no se logró un cambio global respecto a la conciencia de enfermedad. En opinión del equipo tratante, esta cuestión puede que vaya a acompañarlo a lo largo de su vida, quizás se puedan realizar algunos cambios a futuro.

De ahí que el equipo tratante, habiendo encontrado mejoría de los síntomas patognomónicos del cuadro, decidió que el paciente pasara a otro servicio de internación a corto plazo en el mismo hospital, para continuar trabajando las cuestiones familiares y vinculares.

Dichas cuestiones, suponían un extenso trabajo que se intentó realizar durante la estancia del paciente en el servicio de admisión, pero habiéndose logrado cambios parcialmente significativos, la decisión profesional fue derivar al paciente a un servicio que contara con un equipo terapéutico capaz de abordar la problemática familiar en su complejidad e incluyera a todos los participantes, y el paciente pudiera realizar un fortalecimiento de habilidades sociales más prolongado.

Esta decisión se vio sustentada en las características del servicio de admisión en tanto servicio de urgencias caracterizado por internaciones breves y focalizadas, en donde los profesionales buscan compensar a los pacientes para que puedan continuar tratamientos según sus necesidades en otros niveles del sistema de salud (Hospital Municipal José T. Borda, S/F).

6. Conclusiones

Como punto de partida para cualquier tipo de conclusión, es preciso destacar que este trabajo se realiza en el marco de una actividad académica de una licenciatura en psicología y toma lugar en el día a día de una institución de salud monovalente. La capacidad analítica de este trabajo, no solo está enmarcada en lo antes mencionado, sino que también está vinculada a la capacidad de observación de un alumno en el continuum de un proceso de aprendizaje.

El carácter exploratorio y descriptivo de este trabajo, permite dar cuenta a través de una conjugación entre aprendizajes, literatura científica y sucesos observados, de un proceso terapéutico en el marco de una internación en un servicio de agudos en salud mental, lo cual supone al menos una actividad movilizante y compleja de abordar.

Sin embargo, aparentemente los objetivos fueron satisfactoriamente cumplidos, partiendo de un objetivo general que se proponía describir este proceso de tratamiento en dicha institución, a través de la recolección de datos, la vinculación de los aspectos conceptuales con lo vivenciado mediante la práctica diaria y en adición a lo conversado con los profesionales especialistas en el tema, se podría concluir que el interés descriptivo del trabajo fue suficientemente abarcativo para dar dimensión de lo que compone a un tratamiento de un paciente esquizofrénico en el servicio de admisión de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En lo referente al primer objetivo específico, que buscaba identificar un motivo de internación y la confección de un diagnóstico, se observa que pudo concretarse a través de la extensa búsqueda de material clínico en la institución, acompañado de la colaboración de los integrantes del equipo tratante y los dimes y diretes de los familiares que acompañaron el proceso de internación del paciente.

Por otra parte, el segundo objetivo específico apuntaba a la descripción de los modos de intervenir de los profesionales del equipo tratante a lo largo de la internación, el cual se fundó en una observación minuciosa de los

quehaceres profesionales con este tipo de pacientes en este tipo de dispositivos. Dicho proceder terapéutico era el producto de la comunión de los años de experiencia profesional, las pautas de intervención fijadas por la institución, la observación clínica para la intervención y las lecturas personales de cada uno de los integrantes de dicho equipo.

Finalmente, el tercer objetivo específico, que tenía como propósito analizar las particularidades del caso y su interrelación con la posibilidad de externación del paciente, suponía un trabajo arduo y complejo, por un lado se debía realizar una evaluación extensa y concisa de las cualidades del cuadro, lo cual debería ser observado posteriormente desde el saber profesional, reconociendo las posibilidades y obstáculos a la hora de abordar el paciente, y por último la decisión interdisciplinaria que buscara la posibilidad más favorable para su evolución.

En suma, podría concluirse respecto al caso, que debido a lo pautado en la diagramación operativa de la institución, el paso del paciente por el servicio de admisión resultó provechoso ya que mediante el trabajo en dicho servicio, los profesionales en conjunto con el paciente y sus familiares, a través del abordaje propuesto, lograron una remisión de los síntomas patognomónicos del cuadro que promovió la internación de S y a través de esto se posibilitó el traslado del paciente a otro servicio del hospital, donde fueran a trabajarse cuestiones vinculares y familiares, lo cual suponía un trabajo que excede a las posibilidades del servicio de admisión. El cuadro del paciente, no se encontraba resuelto totalmente, pero según lo que refirieron los profesionales tratantes, se encontraba lo suficientemente compensado y en condiciones de proseguir en otras instancias terapéuticas que se ajusten más a las necesidades del paciente.

Dentro de las posibles limitaciones de este trabajo, puede decirse que el mismo fue realizado en base a un método que no reguló completamente las variables; además, se basa en un caso único y en una descripción cualitativa, por lo cual sería imposible trasladarlo a otra población, ya que para ello sería necesario otro tipo de análisis; y, finalmente, su confección fue realizada por un

estudiante en vías de graduación; consideraciones que deberían advertir al lector que debe ser leído sin olvidar esta cuestión.

Respecto a lo institucional, es de gran importancia aclarar que las observaciones tuvieron lugar en un sector muy particular del hospicio. Se trata del servicio de admisión, que es un servicio de internación breve y en cuadros agudos, por lo cual los pacientes que aquí se encontraban, resultaban ser pacientes con un cuadro sintomatológico de alta intensidad, en un servicio cerrado y en donde la mayoría se encontraban internados de manera involuntaria, todo esto diferenciaría claramente este servicio de otro tipo de dispositivos como ser internación de pacientes crónicos o tratamientos ambulatorios.

La metodología de trabajo en admisión, resulta de carácter acotado y con objetivos bien claros debido a su estructuración como servicios de urgencias y en correlato con las funciones asignadas al servicio, por lo cual no se constituyen planes de trabajo a largo plazo ni tampoco metas extensamente abarcativas, cuestión que resultaría distinta en otro tipo de instituciones donde se trabaja en otros niveles de intervención.

Una crítica posible al proceder del servicio que surge con el correr de los días en la práctica profesional remite a la escasez de intervenciones y posibilidades de abordaje familiar durante el proceso de admisión debido a los espacios y tiempos disponibles, lo que estimula la génesis de situaciones conflictivas dentro del servicio y promueve la ansiedad en los familiares de los pacientes, en los profesionales del servicio que no logran responder a todas las demandas en la sala y, principalmente, a la ansiedad de los pacientes.

Sería oportuno aclarar que estas carencias no siempre se vinculan a falencias profesionales, sino que la dinámica misma del día a día del servicio no deja espacio para este tipo de trabajo más abarcativo.

Un posible aporte personal a estas cuestiones, sería considerar la posibilidad de cierto tipo de capacitación para los profesionales del servicio, ya sean psiquiatras, psicólogos, enfermeros, abogados o bien trabajadores sociales, para poder desarrollar técnicas de abordaje funcionales a un

ambiente que mantiene una inercia notable, y que sostiene una gran tensión ambiental diariamente, entre las cuales se podrían incorporar herramientas para intervenciones familiares, la estandarización de conocimientos para un mejor manejo de las exigencias legales diarias y también actividades preventivas de estrés.

Por parte de este trabajo, el posible aporte, si pudiese llamárselo así, se centraría por un lado en la visible vigencia de modelos teóricos antiguos, como ser las teorías clásicas, que al menos parcialmente siguen dando un encuadre interesante para el abordaje de este tipo de patologías. A ello se suma la impronta de que en el trabajo y en coherencia con la literatura científica actual, se resalta la necesidad de constituir y sostener modelos de abordaje integrales para los pacientes esquizofrénicos, debido a que dichos cuadros escazamente se presentan como cuadros claros y de patología clara, considerando que en gran número de casos la patología mental está acompañada por la presencia de trastornos por abuso de sustancias, problemáticas económicas y vínculos patológicos.

Finalmente, sería provechoso considerar que a futuro se necesitará de gran manera, el desarrollo de modelos teóricos actualizados y en coherencia con la cuestión social y las particularidades de época, buscando dar sustento al modo de constituir nuevos modelos de abordaje que permitan trabajar las problemáticas que abordan a los pacientes en conjunto y en simultáneo. A esto también se añadiría, la urgente necesidad de esquemas teóricos y prácticos que provean a los profesionales de la salud mental de conocimientos y herramientas para trabajar las cuestiones sociales que resultan ser las más frecuentes en las situaciones de deterioro y en las reinternaciones.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, R; Lozano C., L M; (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, (17) 87-94.
- 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.
- American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4 ed., texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Benítez Camacho, E; Chávez León, E; Ontiveros Uribe, M P; (2005). Crianza y esquizofrenia. *Salud Mental*, (28) 59-72.
- Caballero Moreno, A. (2011). Emil Kraepelin. Su papel en la construcción de la psiquiatría moderna. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* 2011, 8(2)
- Campero-Encinas, D., Campos-Lagrava, H. & Campero Encinas, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica*, 12 32-37.
- Congreso de la Nación Argentina (2010, 25 de Noviembre). *Ley Nacional de Salud Mental Nro 26.657*.
- Espinosa Sabina, L. & Castilla Pérez, M. (2002). Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (83), 111-123.
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII 9-25.

- 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.
- Haro, J. M., Ochoa, S. & Cabrero, L. (2001) Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (2): 103-108.
- Heimann Navarra, C. (2015). Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 79-91.
- Hospital Municipal José T. Borda. (S/F). *La admisión hospitalaria*. Texto Inédito.
- Jaramillo, L E; Muñoz, L F; (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (35) 111-121.
- Leiderman, E. A. (2003). Indicadores tempranos de esquizofrenia ¿Podremos predecir la enfermedad. *VERTEX V*, 14(53), 213.
- Li-Quiroga, M., Osada, J., Alipázaga-Pérez, P., & León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(4) 232-239.
- Navarro Bayón, D., Casas Toral, A., Carrasco Ramírez, O. & García-Heras Delgado, S. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17 321-336.
- Novella, E. J. & Huertas, R; (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21 205-219.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Esquizofrenia*, N° 397. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

- Ramos Pozón, S. (2015). Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. *Revista Bioética*, 23 20-30.
- Rascón G., M. L., Quiroga, H. & Valencia C. M. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26(5) 1-18.
- Ruiz Cala, S. L. & Muñoz Molina, F. J. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI 98-110.
- Saiz Ruiz, J., Bobes Garcia, J., Vallejo Ruiloba, J., Giner Ubago, J. & Garcia-Portilla Gonzalez, M. (2008). Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(5) 251-264.
- Sánchez Páez, P., Vega Sánchez, D. C. d I. & Saiz Ruiz, J. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21() 235-254.
- Sanjuán Arias, J. (2007). *Trastornos Psicóticos*. Ciudad de Culiacán: Euro México.
- Sanz, M., Contable, G., López Ibor, I., Kemp, R., & David, S. (1998) A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychopatol Med* 28:437-46
- Tizón, J., Ferrando, J., Parés, A., Artigué, J., Parra, B., & Pérez, C. (2007) Trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental, *Atención Primaria*, 39(3) 119-124.
- Valencia, M., Murow, E. & Rascón, M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: Terapia Psicosocial, Musicoterapia y Terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 535 549.
- Vallina Fernández, Ó. & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 345-364.

- Vázquez Morejón Jiménez, R; Jiménez García-Bóveda, R; Vázquez Morejón, A J; (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, (7) 61-71.
- Vicens-Vilanova, J; Obiols, J E; (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, (3) 235-250.
- World Health Organization. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Zapata Ospina, J,; Rangel Martínez-Villalba, A. & García Valecia, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (3), 143-149.